

CLÉA ELISA LOPES RIBEIRO

**IMPACTO DA AIDS NA MORTALIDADE DE
MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO MUNICÍPIO DE CURITIBA,
PARANÁ, 1987-1998**

**Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre, pelo
Curso de Pós-Graduação em Medicina
Interna, Setor de Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Paraná.**

**Orientador:
Dr. Sérgio Monteiro de Almeida**

**Co-Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Denise Siqueira de Carvalho**

CURITIBA

2002

*A aids não é mortal, mortais somos todos nós.
A aids terá cura e o seu remédio hoje é a solidariedade.
Acordar sabendo que se vai viver, faz tudo ter sentido de vida.
Acordar pensando que se vai morrer, faz tudo perder o sentido.
A idéia da morte é a própria morte instalada.
De repente, dei-me conta de que a cura da aids existia,
antes mesmo de existir, e de que seu nome é vida.*

Herbert de Souza - Betinho

Às minhas filhas Ana Luiza e Ana Beatriz, razão maior do meu crescimento, todo meu amor.

Ao Henrique, companheiro nesta longa caminhada, minha gratidão e carinho pela força.

Aos meus pais João Carlos e Maria do Céu minha gratidão pelos ensinamentos, por terem me mostrado o quanto é maravilhoso o caminho do estudo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos **Carmem Eleonora**, **Cláudio Ernesto** e cunhados **Décio** e **Ana Lúcia**, pelo estímulo contínuo no meu dia-a-dia.

Ao **Prof. Dr. Sérgio Monteiro de Almeida**, meu orientador, fico grata pelo apoio, dedicação, compreensão, paciência e amizade sempre demonstrados.

Ao **Prof. Dr. Nelson Szpeiter**, pelo constante interesse, estímulo e orientação.

À **Prof.^a Dr.^a Denise Siqueira de Carvalho**, pela orientação nos dados epidemiológicos e por ter possibilitado meu acesso à Coordenação de Informação em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde.

Ao **Prof. Dr. Mário Leon Vergara**, pelo carinho e atenção demonstrados durante a orientação técnica na fase inicial deste trabalho.

À amiga **Dr.^a Rita Esmanhoto**, pela força constante e ajuda no levantamento dos prontuários no Hospital de Clínicas da UFPR.

À amiga **Dr.^a Sônia Mara Raboni**, pela amizade incondicional e pela força demonstradas em todas as fases deste trabalho.

Ao amigo **Dr. Aristides Barbosa Filho**, por ter iniciado a vigilância epidemiológica da aids em Curitiba, e por ter sempre apoiado minhas solicitações com referência aos dados epidemiológicos no Ministério da Saúde.

Ao Amigo **Dr. Moacir Pires Ramos**, pelas sugestões dadas com relação às análises epidemiológicas.

À amiga **Márcia Aguiar Canesin**, pelo apoio constante e pela paciência na digitação das referências bibliográficas.

Aos colegas do Serviço de Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário Matriz, pelo companheirismo e incentivo diário.

Aos colegas do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, meu respeito pela dedicação ao trabalho e cuidado com que estudam as doenças de notificação obrigatória.

Aos colegas do Serviço de Infectologia do Hospital de Clínicas da UFPR, pela compreensão e estímulo durante o nosso convívio.

Ao amigo **Floriano Leite Furtado**, que me ensinou como é conviver com HIV/aids, meu especial carinho.

Ao **enfermeiro Hugo Carlos Pedroso**, por ter possibilitado meu acesso aos arquivos do SINAN permitindo a execução deste trabalho.

Aos funcionários da Coordenação de Informações em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde **Rogério Ferreira de Lara, Paulo Roble, Arlete Cavalheiro Coutinho**, entre outros que me receberam tão bem no período do levantamento de dados.

Aos funcionários do Serviço de Infectologia do Centro Regional Metropolitano, por sempre me receberem bem, facilitando o acesso aos prontuários médicos, em especial às enfermeiras **Maísa Pires Ramos e Maria Teresa Wolf de Carvalho**.

Aos funcionários do Instituto de Saúde do Estado do Paraná (ISEP) **Wilza Regina Amaral Zener**, responsável pelo dados epidemiológicos da aids no Estado, **Elizabeth de Souza**, Coordenadora do SIM no Estado, e ao **Dr. Nelson Xavier de Nazareno**.

À Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro onde iniciei o meu caminho na medicina e aprendi a respeitar e gostar desta profissão.

À Universidade Federal do Paraná, que me adotou como mestranda e profissional médica.

À **Sr.^a Angela M. S. Martins**, pelo auxílio na realização da análise estatística deste trabalho.

À bibliotecária **Sr.^a Áurea Maria Costin**, pela atenciosa revisão das referências bibliográficas.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE QUADROS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xii
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xiv
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS).....	1
1.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS.....	4
1.2.1 Distribuição Mundial.....	4
1.2.2 Distribuição Brasileira	7
1.3 AIDS E MORTALIDADE.....	9
1.3.1 Mortalidade da Aids em Âmbito Mundial.....	9
1.3.2 Mortalidade da Aids em Âmbito Nacional	11
1.4 PERFIL DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS EM MULHERES.....	12
1.4.1 Panorama Global	12
1.4.2 Panorama Brasileiro	15
2 OBJETIVOS	17
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS	18
3.1 CASUÍSTICA.....	18
3.1.1 Critérios de Seleção.....	18
3.1.2 Grupo de Estudo	20
3.2 MÉTODO.....	20
3.3 MÉTODO ESTATÍSTICO	22
4 RESULTADOS	23
4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS	23

4.1.1	Local do Óbito	24
4.1.2	Idade	24
4.1.3	Ocupação.....	25
4.1.4	Estado Civil	26
4.1.5	Número de Filhos.....	26
4.1.6	Escolaridade	26
4.2	CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	27
4.3	DOENÇAS ASSOCIADAS	29
4.4	TEMPO DE EVOLUÇÃO E USO DE TERAPIA	29
4.4.1	Tempo de Evolução	29
4.4.2	Uso de Terapia	31
4.5	MORTALIDADE POR AIDS RELACIONADA ÀS OUTRAS CAUSAS DE ÓBITO.....	32
4.5.1	Distribuição da Mortalidade por Faixa Etária	32
4.5.2	Evolução da Aids como Causa de Mortalidade	36
4.5.3	Impacto da Aids na Mortalidade Feminina.....	38
5	DISCUSSÃO	42
6	CONCLUSÕES	59
7	REFERÊNCIAS	60

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS INVESTIGADAS, SEGUNDO O CID	70
APÊNDICE 2 - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DAS MULHERES COM ÓBITO, POR AIDS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1996.....	71
APÊNDICE 3 - FICHA DE REGISTRO DE CASO.....	77
APÊNDICE 4 - TOTAL DE INVESTIGAÇÕES DE ÓBITO FEMININO	78
APÊNDICE 5 - TOTAL DE PRONTUÁRIOS REVISADOS	79
APÊNDICE 6 - PRINCIPAIS GRUPOS DO CID 9	80
APÊNDICE 7 - PRINCIPAIS CAPÍTULOS DO CID 10.....	81

APÊNDICE 8 - POPULAÇÃO DE CURITIBA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO DE	
1987 A 1998	82

ANEXOS

ANEXO 1 - MODELO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO.....	84
ANEXO 2 - FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO AIDS ADULTO.....	86

LISTA DE TABELAS

1	DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR AIDS, SEGUNDO SEXO E ANO DE OCORRÊNCIA EM CURITIBA - 1987-1998.....	24
2	DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR AIDS, COM RELAÇÃO AO SEXO E À FAIXA ETÁRIA, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998.....	25
3	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ÓBITOS POR AIDS, EM MULHERES, SEGUNDO A OCUPAÇÃO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998.....	25
4	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ÓBITOS POR AIDS, EM MULHERES, SEGUNDO O ESTADO CIVIL, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998.....	26
5	DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR AIDS, COM RELAÇÃO AO SEXO E À ESCOLARIDADE, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998.....	27
6	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ÓBITOS POR AIDS, EM MULHERES, SEGUNDO A CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998.....	27
7	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ÓBITOS POR AIDS, EM MULHERES, SEGUNDO A CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO DO PARCEIRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998.....	28
8	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ÓBITO POR AIDS, COM RELAÇÃO AO SEXO E A CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998.....	28
9	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ÓBITOS POR AIDS, EM MULHERES, SEGUNDO DOENÇAS ASSOCIADAS RELATADAS NA DO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998.....	29
10	DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR AIDS, COM RELAÇÃO AO SEXO E TEMPO DE SOBREVIVÊNCIA, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998.....	30
11	AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE FEMININA EM RELAÇÃO AO USO DE TERAPIA.....	31
12	MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 15 A 49 ANOS - 1987-1998.....	32
13	MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 15 A 19 ANOS - 1987-1998.....	33
14	MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 20 A 24 ANOS - 1987-1998.....	33
15	MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 25 A 29 ANOS - 1987-1998.....	34

16	MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 30 A 34 ANOS - 1987-1998.....	34
17	MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 35 A 39 ANOS - 1987-1998.....	35
18	MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 40 A 44 ANOS - 1987-1998.....	35
19	MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 45 A 49 ANOS - 1987-1998.....	36
20	DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E ANO DA MORTALIDADE FEMININA POR AIDS.....	37
21	DISTRIBUIÇÃO POR ANO E FAIXA ETÁRIA AGRUPADA DA MORTALIDADE FEMININA POR TODAS AS CAUSAS E EXCLUINDO AIDS.....	38
22	DISTRIBUIÇÃO POR SEXO E ANO DA MORTALIDADE POR TODAS AS CAUSA E EXCLUINDO AIDS, DE 15 A 49 ANOS.....	41

LISTA DE QUADROS

1	MÉDIA DE IDADE E SOBREVIVÊNCIA ENTRE HOMENS E MULHERES QUE FORAM A ÓBITO POR AIDS, EM CURITIBA - 1987-1998.....	30
2	TEMPO DE EVOLUÇÃO E TERAPIA NO SEXO FEMININO.....	31

LISTA DE GRÁFICOS

1	DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E ANO DA MORTALIDADE FEMININA POR AIDS.....	37
2	DISTRIBUIÇÃO POR ANO DA MORTALIDADE FEMININA POR TODAS AS CAUSAS E EXCLUINDO AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 15 a 49 ANOS	39
3	DISTRIBUIÇÃO POR ANO DA MORTALIDADE FEMININA POR TODAS AS CAUSAS E EXCLUINDO AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 a 34 ANOS	39
4	DISTRIBUIÇÃO POR ANO DA MORTALIDADE FEMININA POR TODAS AS CAUSAS E EXCLUINDO AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 a 44 ANOS	40
5	MORTALIDADE POR TODAS CAUSAS E EXCLUINDO AIDS, COMPARAÇÃO ENTRE SEXOS NO PERÍODO DE 1987-1998	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGA	- Área Geográfica de Afinidade
CBCD	- Centro Brasileiro de Classificação de Doenças
CD 4	- Linfócito T Auxiliar
CD 8	- Linfócito T Supressor
CDC	- <i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CID	- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionado à Saúde
CIS	- Coordenação de Informação em Saúde
CMV	- Citomegalovírus
DO	- Declaração de Óbito
EUA	- Estados Unidos da América
FIE	- Ficha Individual de Notificação Epidemiológica
HIV	- <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (vírus da imunodeficiência humana)
MAC	- <i>Mycobacterium Avium Complex</i>
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PCP	- Pneumonia por <i>Pneumocistis carinii</i>
RNIS	- Rede Nacional de Informação em Saúde
SIM	- Sistema de Informação em Mortalidade
SINAN	- Sistema Nacional de Notificação de Agravos de Notificação Obrigatória
SK	- Sarcoma de Kaposi
SMS	- Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
SNC	- Sistema Nervoso Central
UDI	- Usuário de Droga Intravenosa

RESUMO

Até o final de 2000, a OMS estimou um total de 36 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids, com 20 milhões de óbitos. Nestes 20 anos de conhecimento da doença, aproximadamente 1/5 destas mortes ocorreram em crianças e 45% dos óbitos de adultos eram mulheres, sendo 50% com idade entre 15 e 24 anos. A epidemia de aids é um problema de saúde pública em todo mundo e tem grande impacto nas mortes prematuras, levando a efeitos negativos na dinâmica das populações, principalmente nos países em desenvolvimento. No Brasil as mulheres vêm sendo crescentemente atingidas pela aids. Com o objetivo de avaliar o impacto da infecção pelo HIV/aids na mortalidade de mulheres de 15 a 49 anos, no período de 1987 a 1998, no município de Curitiba, foi realizado este estudo, que busca caracterizar o perfil demográfico, identificar situações de risco para infecção, doença oportunista causadora do óbito e o tempo de evolução relacionado ao uso de terapia específica. Foram avaliadas declarações de óbito, a partir de dados do SIM (Sistema de Informação em Mortalidade), relacionando-os com as ficha de notificação epidemiológica da aids do SINAN (Sistema Nacional de Notificação de Agravos de Notificação Obrigatória) e levantamento de prontuários médicos. O total de óbitos femininos por aids no período foi de 218, sendo que 59,1% das mulheres tinham entre 20 e 34 anos, 46,8% eram do lar, 48,8% solteiras, 58,3% tinham baixa escolaridade, com apenas primeiro grau, e a média de filhos detectada foi de dois. A principal categoria de exposição para HIV foi heterossexual (60,1%), com destaque para o usuário de droga intravenosa (25,7%), e parceiro HIV +(28,9%). As principais doenças associadas à aids, na declaração de óbito, foram pneumonia não especificada (16%), pneumonia por *Pneumocystis carinii* (11,5%), tuberculose (9,2%) e toxoplasmose (8,7%). O tempo médio de evolução entre o diagnóstico da aids e o óbito foi de 255 dias. Quando foram comparados a sobrevida e o uso de terapia anti-retroviral, observou-se aumento da sobrevida média de 152 dias para 458 dias. Quando comparada às outras causas de mortalidade, a aids aumentou a mortalidade, principalmente após 1992, sendo que para a faixa etária de 20 a 34 anos o crescimento anual da mortalidade variou de 13% a 17%, no período de 1993 a 1998. Nos anos de 1995 e 1996, a aids foi a 4.^a principal causa de óbito feminino na faixa etária de 15 a 49 anos, no ano de 1995 foi a 2.^a principal causa de óbito feminino na faixa etária de 20 a 29 anos. A infecção pelo HIV/aids causou importante impacto na mortalidade de mulheres jovens, solteiras e de baixa escolaridade no município de Curitiba no período de 1987 a 1998. Entender a epidemiologia da infecção pelo HIV/aids em mulheres é essencial para o desenvolvimento de melhores estratégias de saúde pública e alocação de recursos mais efetivos com vistas a prevenir a progressão do HIV não só nas mulheres e crianças, mas também na população em geral.

ABSTRACT

The WHO has estimated that, by the end of the year 2000, a total of 36 million people were living with HIV/Aids and 20 million had died in the 20 years since the disease became known. Approximately 1/5 of these deaths occurred in children, and 45% of the adults who died were women, 50% of them between 15 and 24 years of age. The AIDS epidemic is a public health problem all over the world and has had a great impact on premature deaths, thus bringing about negative effects in the dynamics of the populations, particularly in the developing countries. In Brazil, women have been increasingly victimised by AIDS. This study was conducted for the purpose of evaluating the impact of the HIV/aids infection in the mortality rate of 15 to 49 year old women, over the 1987 – 1998 period, in the municipality of Curitiba. An effort was made to define the demographic profile, to identify the infection risks presented by this opportunistic, death causing disease, as well as its evolution time in relation to the use of anti-retroviral therapy. Death certificates were evaluated based on data collected by the SIM (system of information on mortality), while cross-checking them with the AIDS epidemiological notification register of SINAN (national system for the notification of diseases that are obligatorily notified), and medical data. Total female deaths from AIDS during the period was 218; 59,1% of the women were between 20 and 34 years old, 46.8% were homemakers, 48.8% were single, 58.3% had low schooling, having barely finished grammar school, and the average number of children was found to be two. The main AIDS affected group was heterosexual (60.1%), with emphasis on intravenous drug users (25.7%) and HIV + bearing partner. The major AIDS associated diseases, as shown by the death certificates, were non-specific pneumonia (16%), pneumonia caused by *Pneumocystis carinii* (11.5%), tuberculosis (9.2%) and toxoplasmosis (8.7%). Median survival time between the time when AIDS was diagnosed and death was 255 days. When survival time and the use of anti-retroviral therapy were compared, it was found that the median survival rate rose from 152 to 458 days. When compared with other causes of mortality, AIDS increased the mortality rate, mainly after 1992, when for the 20 to 34-year age bracket the annual mortality growth varied from 13% to 17%, over the 1993 – 1998 period. In the years 1995 and 1996 AIDS was the 4th major cause of female deaths in the 15 to 49 year age bracket. In the year 1995, AIDS was the 2nd major cause of female deaths in the 20 to 29 year age bracket. Over the 1987 – 1998 period, HIV/aids infection had a significant impact on the mortality rate of young, single women with low schooling in Curitiba. It is essential to understand the epidemiology of the HIV/aids infection in women, so that better public health strategies may be developed and the available resources may be more effectively allocated, thus preventing the progression of HIV not only in women and children but in the population in general.

1 INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

Os primeiros casos da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) foram descritos em junho de 1981 em Los Angeles, Califórnia, em adultos jovens, sem nenhuma patologia prévia, que morriam de forma inusitada, combinando neoplasias raras com pneumonias comuns, candidíase extensa, viroses múltiplas. Todos apresentavam-se anérgicos e leucopênicos. Este fato despertou a comunidade científica para o surgimento de uma nova entidade nosológica até então desconhecida (GOTTLIEB et al.,1981).

MANSUR et al. (1981) descrevem 11 casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* (PCP), ocorridos entre 1979 e 1981, em homens jovens com história de prática homossexual e/ou usuários de droga intravenosa (UDI). Semanas depois foram relatados 26 casos de sarcoma de Kaposi associado a outras manifestações de imunossupressão em homossexuais procedentes de Nova York e São Francisco (CDC, 1981).

O CDC (1982a) relata o aparecimento de infecções oportunistas e sarcoma de Kaposi entre 34 haitianos, moradores em cinco estados distintos, que tinham chegado recentemente aos EUA. Na semana seguinte, há novo relato de PCP em três portadores de hemofilia A (CDC, 1982b). Quase concomitantemente às publicações de São Francisco e Nova York, observou-se a presença desta doença entre 20 haitianos, do sexo masculino, moradores nos Estados Unidos (EUA), que não tinham como risco a prática de relações sexuais com homens nem UDI (PITCHENIK et al.,1983). Nesse artigo, já se alertava para a existência de outros grupos suscetíveis, como africanos, em assistência em serviços médicos da Bélgica, no próprio Haiti e África Central. Também foram notificados casos em mulheres, crianças e hemofílicos (DAVIS et al., 1983). Em dezembro de 1982, o CDC relata o

primeiro caso confirmado de aids transfusional em uma criança de 20 meses que teve eritroblastose fetal e foi politransfundida (CDC, 1982d).

Em 1982 já era evidente que a medicina estava diante de uma nova doença ou síndrome não exclusiva de homossexuais. Assim sendo, a denominação, inicialmente mais popular, *Gay –related immunodeficiency* (GRID), precisava ser substituída por outra mais apropriada e correta. Donald Armstrong foi quem pela primeira vez sugeriu a sigla AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), pelo qual esta doença passou a ser conhecida (LEVI,1985). Como não se conhecia sua causa, buscou-se, por meio de investigações epidemiológicas, delinear os possíveis fatores implicados no aparecimento desta síndrome.

Em setembro de 1982, o CDC publicou a definição de caso. Denominou-se aids este estado de imunodeficiência, que contrastava com as imunodeficiências congênitas ou com distúrbios induzidos por terapia imunossupressora, definindo-se algumas doenças oportunistas como sugestivas de aids, caso o paciente pertencesse a um dos seguintes grupos homossexuais, UDI, haitianos e hemofílicos (CDC, 1982c).

FRANCIS, CURRAN e ESSEX (1983), após uma avaliação de 1.200 casos desta nova doença, observaram que os pacientes apresentavam em comum uma diminuição da contagem de células linfócito T auxiliar (CD4) e inversão na relação CD4/CD8 (linfócito T supressor). Estabeleceram, após avaliação epidemiológica, uma correlação direta com a transmissão sangüínea, sexual e vertical, alertando ainda para o risco de transmissão ocupacional. Este fato levou os pesquisadores a procurarem um agente infeccioso, sugerindo a etiologia viral, semelhante ao vírus da hepatite B, que apresenta o mesmo perfil epidemiológico.

Em 1983, descobriu-se um retrovírus, isolado de gânglio linfático de pacientes com aids, inicialmente denominado *lymphadenopathy-associated virus* (LAV) no Instituto Pasteur de Paris, pelo pesquisador MONTAGNIER (1983). Posteriormente, este vírus foi isolado e intitulado human T-cell lymphotropic virus type III (HTLV III) no Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (NIH), pelo pesquisador GALLO (1984). Por se tratar do mesmo vírus, em 1986, o Comitê

Internacional de Taxonomia de Vírus nomeou este vírus de *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), que tomou o papel de agente cujo poder infeccioso é responsável pela alteração do sistema imunológico. O fato de ser um retrovírus, vírus de RNA, dá-lhe uma grande mutabilidade, razão pela qual aparece pelo mundo com diferentes perfis epidemiológicos (GALLO e MONTAGNIER, 1987).

CLAVEL et al. (1987) relatam a existência de 30 pacientes infectados por um novo retrovírus, o HIV-2 isolado de pacientes com aids, originários da África Ocidental. BRUN-VEZINET et al. (1987) mostraram que este vírus, isolado de pacientes com aids e também com complexo relacionado a aids (ARC), apresentava semelhanças clínicas e laboratoriais ao HIV-1; estes pacientes apresentavam resultado não reagente para os testes ELISA para HIV-1. Surge, assim, a necessidade de testagem para os dois vírus HIV-1 e HIV-2 para diagnóstico. A maior incidência de infecção pelo HIV-2 foi observada na África Ocidental, notadamente na Guiné- Bissau, sendo os primeiros casos descritos em Portugal e na França em pacientes procedentes dessa região (CLAVEL et al., 1987; BRUN-VEZINET et al., 1987).

ZHU et al. (1998) sugerem a origem do vírus HIV na África, baseados na confirmação de HIV-1 por testes sorológicos e reação da polimerase em cadeia (PCR) em plasma obtido de um homem adulto de etnia Bantu, falecido em 1959, procedente da República Democrática do Congo, representando assim o caso mais antigo de infecção pelo HIV no Mundo.

A epidemia da aids no Brasil teve seu início nos primeiros anos da década de 1980, sendo os primeiros 12 casos diagnosticados nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro em 1982 (BRASIL, 1998c). Posteriormente, o primeiro caso foi notificado retrospectivamente na cidade de São Paulo em 1980, em homem bissexual (BRASIL, 1996).

O HIV-1 foi identificado pela primeira vez em pacientes brasileiros em 1984 e o HIV-2 foi detectado pela primeira vez no Brasil e no continente sul-americano em 1986 (VERONESE, 1989).

1.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

1.2.1 Distribuição Mundial

No final da primeira década de conhecimento da aids foram propostos por SATO, CHIN e MANN (1989), pelo menos, três padrões de transmissão claramente identificados e representados em diferentes áreas do planeta:

- **Padrão I** - padrão predominantemente de homens homossexuais, bissexuais e UDI, extensamente difundido no final dos anos 70 início dos anos 80; baixa transmissão heterossexual, porém com aumento; razão de sexo em torno de 13 homens para 1 mulher; transmissão por transfusão sangüínea controlada; transmissão perinatal rara. Presente nos EUA, Canadá, Europa Ocidental, Austrália e Nova Zelândia.
- **Padrão II** - transmissão predominantemente sexual, heterossexual, com taxas significativas de transmissão sangüínea; teve sua maior expansão iniciada no final dos anos 70 e início dos anos 80; a transmissão perinatal é um problema crescente neste grupo devido ao maior número de mulheres, em idade reprodutiva, infectadas; razão de sexo em torno de 1 homem para 1 mulher. Presente na África Subsaariana e algumas áreas do Caribe.
- **Padrão intermediário I/II** - Inicialmente em homossexuais, bissexuais e UDI, com uma porcentagem crescente de transmissão heterossexual em meados dos anos 80, crescente transmissão perinatal e heterossexual feminina e decréscimo masculino. Vários países da América Latina atualmente são classificados como padrão intermediário I/II.
- **Padrão III** - O HIV foi introduzido nesta área no final dos anos 80 sem padrão epidemiológico predominante, entretanto a situação tem se modificado rapidamente em alguns países. No final dos anos 80 aumentou o número de caso em UDI no sudeste asiático, especialmente

na Tailândia, e focos de transmissão sexual, principalmente prostitutas, na Tailândia e Índia. Este padrão inclui a Ásia, a maioria dos países do Pacífico (exceto Austrália e Nova Zelândia), Europa Ocidental, África do Norte e Oriente Médio (CHIN, 1990).

MANN, TARANTOLA e NETTER (1992) apresentaram uma outra tipologia chamada “A nova geografia global do HIV/aids”, para classificação epidemiológica da aids. Essa geografia envolve uma divisão do mundo em dez áreas geográficas de afinidade - AGA. A identificação de cada área teve por base quatro fatores: 1) a epidemiologia do HIV/aids em cada país; 2) o tipo e o nível de resposta à pandemia; 3) a vulnerabilidade da sociedade à maior disseminação do HIV; 4) as realidades geográficas relevantes.

Essas áreas são: 1- América do Norte, 2 - Europa Ocidental, 3 - Oceania, 4 - América Latina, 5 - África Subsaariana, 6 - Caribe, 7 - Leste Europeu, 8 - Sudeste do Mediterrâneo, 9 - Nordeste Asiático, 10 - Sudeste Asiático.

É com base nessa divisão que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) elaboram seus estudos, pesquisas e executam todos os seus projetos e ações.

A OMS e UNAIDS estimaram, para o final de 2000, 36 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids no mundo, 4 milhões de novos casos e aproximadamente 20 milhões de mortes (CDC, 2001).

Durante o ano de 1998, em torno de 5,8 milhões de pessoas (incluindo 590.000 crianças) se infectaram com o vírus HIV, isto equivale a 16.000 novos infectados por dia (WHO, 1998 b).

A África Subsaariana apresentou, em 1998, um total estimado de 22,5 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids, deste total 4 milhões de crianças, com uma prevalência entre adultos de 8% e cerca de 50% de mulheres; o principal modo de transmissão é heterossexual. Dos 5,8 milhões de pessoas infectadas no ano de 1998 no mundo, 4 milhões vivem nesta região.

Estimam-se 2 milhões de mortes em 1998, o que representa 80% do total global de mortes pela aids, apesar de apenas 1/5 da população mundial morar nesta região (WHO, 1998a, 1998b, 1998c).

África do Norte e Oriente Médio, apesar da proximidade geográfica, apresentam padrão bem diferente da África Subsaariana. O total de casos estimado é 210.000 sendo 19.000 crianças, com taxa de prevalência entre adultos de 0,13%; a população feminina representa 20% dos casos e o modo de transmissão mais comum é UDI e heterossexual (WHO, 1998a, 1998b, 1998c).

A Ásia tem prevalência relativamente baixa comparada aos índices africanos, varia de 0,068% na Ásia do Leste e Pacífico, com 15% de mulheres, a 0,69% na Ásia do sul e sudeste, com 25% de presença feminina. O modo de transmissão é bem variado. O total de casos na Ásia aproxima-se de 7,2 milhões, mas a prevalência é baixa, devido à grande densidade populacional nessa região. Estimam-se 6,7 milhões de adultos e crianças vivendo com HIV/aids na Ásia do sul e sudeste, com grande variabilidade entre os países (WHO 1998a, 1998b, 1998c). Na Tailândia e Índia houve um crescimento explosivo nos anos 90; na Tailândia cerca de 40% dos UDI se infectaram em um curto período, entre 1988 e 1989. Posteriormente, a infecção se disseminou entre as prostitutas (KEENLYSIDE; JOHNSON; MABEY, 1993).

Na Europa Oriental e Ásia Central a epidemia teve início nos anos 90, e para 1998 estavam previstas 270.000 pessoas vivendo com HIV/aids nos países dessas regiões. A maioria das infecções é recente, aproximadamente 30% foram adquiridas no ano de 1997, e a disseminação da epidemia está relacionada ao UDI. A prevalência é de 0,14%, sendo que as mulheres representam 20% do total (WHO, 1998a, 1998b, 1998c).

Na Rússia, o número de casos pulou de 10.000 em 1999 para 70.000 em 2000, mas o país mais afetado é a Ucrânia, com 90% dos casos notificados nesta região (CDC,2001).

Os EUA totalizam 890.000 casos, com 44.000 crianças e prevalência de 0,56%, 20% de mulheres; ainda existe predomínio do modo de transmissão homossexual seguido do UDI e heterossexual. A Europa Ocidental apresenta 500.000 casos, com 30.000 crianças, prevalência de 0,25% e 20% em mulheres, e modo de transmissão semelhante ao norte-americano. Nos EUA, o número de casos novos vem se mantendo relativamente constante nos últimos 10 anos (WHO, 1998a, 1998b, 1998c).

No Caribe observa-se uma prevalência de 1,96%, somente inferior à África Subsaariana, com uma proporção de mulheres de 35%. A América Latina apresenta uma prevalência de 0,57%, com 20% dos casos em mulheres. Nessas duas áreas observou-se uma grande heterogeneidade da epidemia da aids diferindo de um país para outro. Estima-se 1,6 milhões de pessoas convivendo com HIV/aids, o que equivale aproximadamente a 5,4% do total mundial. Na maioria dos países a população mais atingida corresponde a pessoas de baixo nível socioeconômico, tendo também importância a população homossexual masculina e UDI (WHO, 1998a, 1998b, 1998c).

Na área correspondente à Nova Zelândia e Austrália, a aids não se apresenta como uma epidemia. O total de casos é de 12.000, com 600 crianças, prevalência de 0,1% e apenas 5% de mulheres; o principal modo de transmissão é homossexual e UDI (WHO, 1998a, 1998b, 1998c).

1.2.2 Distribuição Brasileira

Com relação à distribuição dos casos de aids no Brasil observa-se que ocorreram três fases distintas: na 1.^a fase a infecção atingiu preferentemente hemofílicos e homossexuais; na 2.^a fase foram os UDI e heterossexuais de grupos urbanos e na 3.^a fase, que é a atual, predominam os heterossexuais, principalmente mulheres, em municípios menores, fora dos grandes centros urbanos (SZWARCOWALD et al., 2000).

Nos primeiros anos da epidemia, muitos estados situados nas regiões Norte e Nordeste apresentavam menos de cinco casos registrados, confirmando a forte concentração de casos no Sul e Sudeste do País. A velocidade de crescimento da epidemia foi de, aproximadamente, 36% ao ano, no período de 1987-89 a 1990-92, decrescendo para 12%, no período de 1990-92 a 1993-96. Houve crescimento acentuado na região Sul, de 100%, principalmente nos municípios com mais de 500.000 habitantes onde estão as maiores taxas de incidência (SZWARCOWALD et al., 2000).

Apesar de apresentar as maiores taxas de incidência, a região Sudeste é a que demonstra, atualmente, menor ritmo de crescimento e maior tendência à estabilidade. Nos municípios com menos de 50.000 habitantes observam-se os maiores ritmos de crescimento (BRASIL, 1998a).

GUIMARÃES e CASTILHO (1993) já alertavam para a preocupante disseminação do HIV na população heterossexual e UDI, principalmente na região Sudeste, levando ao aumento da transmissão perinatal. A estimativa de infectados, baseado em estudos de prevalência em populações específicas, já se mostrava alarmante. As previsões eram de 125.000 a 186.000 casos para o ano de 1996. Em novembro de 1996, os números oficiais mostravam 94.997 casos notificados confirmando, parcialmente, as expectativas, principalmente quando se consideram as subnotificações e o atraso das informações (BRASIL, 1996).

Quando se avaliam desde os primeiros 12 casos de aids no Brasil, em 1982, ao total acumulado de 203.117, em março de 2001, verificam-se grandes modificações (BRASIL, 2001). Os homossexuais/bissexuais masculinos, por exemplo, reduziram sua participação de 70,6%, em 1983, para 23,6%, em 1998-99, no total de casos de aids com mais de 13 anos. Paralelamente, registrou-se um aumento proporcional de casos entre heterossexuais, de 9,9%, em 1990, para 40,1%, em 1998-99, do total de casos notificados (BRASIL, 1999b).

Quando se avalia a categoria de exposição sangüínea, apesar da transmissão do HIV pelo sangue contaminado vir declinando, o crescimento do

número de indivíduos UDI é um dos fenômenos mais importantes a serem enfrentados, responsável que é pela alteração mais recente do perfil de transmissão sangüínea do HIV/aids no País. Observa-se a tendência de elevação da participação dos UDI, que partiu de 37%, dos casos de aids por transmissão sangüínea, em 1984, para 99% dos casos em 1999-2000 (BRASIL, 2000a).

SZWARCWALD e CASTILHO (2000) estimaram que 536.000 pessoas de 15 a 49 anos estariam infectadas pelo HIV no Brasil, no ano de 1998. Para a região Sul, os números seriam de 99.000, sendo 62.000 homens e 37.000 mulheres; destas, 2.731 gestantes.

Em 1997, o Ministério da saúde usa pela primeira vez os termos "heterossexualização", "feminilização", "pauperização", "juvenilização" "interiorização" para traçar o perfil epidemiológico da aids no Brasil e a novas estratégias de intervenção (BRASIL, 1997). Este perfil se mantém até dezembro de 2000, quando o número total de casos acumulados é de 203.353, sendo 151.298 (74,4%) do sexo masculino e 52.055 (25,6%) do sexo feminino. O número de casos em menores de 13 anos chegou a 7.088 (3,5% do total) (BRASIL, 2000b).

1.3 AIDS E MORTALIDADE

1.3.1 Mortalidade da Aids em Âmbito Mundial

CHIN et al. (1992), em estudo estimativo baseado em modelos epidemiológicos, já previam que a aids constituiria um sério problema de saúde pública nos países industrializados, atingindo seu pico de mortalidade em meados do anos 90. Já para os países da África Subsaariana o impacto da mortalidade e a sua duração seriam muito maior, durando entre 20 e 30 anos; assim, a aids se tornaria a principal causa de mortalidade infantil nessa região. Infelizmente, hoje pode-se confirmar tais previsões. Até o final de 2000 a OMS estimou um total de 20 milhões de óbitos relacionados a HIV/aids, desde o início da epidemia,

aproximadamente 1/5 destas mortes ocorreram em crianças e 45% dos adultos eram mulheres, 50% delas com idade entre 15 e 24 anos. No Zimbabwe e Zâmbia, 1 em cada 4 crianças menor de 1 ano morre de aids. A aids é a principal causa de óbitos na África e 4.^a causa de mortes no mundo (CDC,2001). A mortalidade por HIV/aids na África vem crescendo de 5% a 11% ao ano, em alguns locais contribuindo com 50% dos óbitos. Na área rural de Uganda, onde a prevalência de HIV/aids é de 8%, a expectativa de vida ao nascer caiu de 60 anos para 42,5 anos (BOERMA; NUNN; WHITWORTH, 1998).

PICTET et al. (1998), em estudo realizado em necrotérios da cidade de Brazzaville, no Congo, demonstraram uma prevalência de óbito por HIV/aids de 26,2%, sendo a principal causa de óbitos na população adulta. A proporção de óbitos femininos foi de 30,2% e masculinos de 21,0%, com idade média de 32 anos para mulheres e 42 anos para os homens.

Na Espanha, a epidemia da aids teve um impacto considerável na mortalidade de adultos jovens. Em 1993 foi a 1.^a causa de óbitos para homens de 20 a 44 anos e a 2.^a causa em mulheres de 25 a 44 anos, tendo como principal grupo de risco os UDI (CASTILLA et al., 1997).

No Canadá, no período de 1987 a 1992, houve perda significativa de anos vida, para os homens, na cidade de Toronto, Montreal e Vancouver, e nesse período ainda não era observada a influência da terapia anti-retroviral na mortalidade (HOGG, 1996). WEBER e HOGG (1999) mostraram que aids foi a 3.^a principal causa de hospitalização e mortalidade de homens no período de 1987 a 1994, no Canadá.

Nos EUA, em 1988, a aids foi a 3.^a principal causa de óbito entre homens de 25 a 44 anos. Houve aumento da mortalidade feminina, que traz associado o aumento da mortalidade infantil, como exemplo cita-se Nova York onde, em 1988, a aids foi a principal causa de óbito infantil entre a população de origem hispânica, meio em que a prevalência de aids é muito elevada (CDC, 1991a).

Em 1990, HIV/aids foi a 2.^a principal causa de óbito nos EUA para homens, sendo 1.^a nos estados de Nova York, Nova Jersey, Califórnia, Flórida e Massachusetts,

e a 6.^a causa para mulheres de 25 a 44 anos (SELIK; CHU; BUEHLER, 1993). As mortes por HIV/aids tiveram em 1992 um impacto significativo na redução da expectativa de vida para a população economicamente ativa norte-americana, particularmente para a população masculina e negra, para quem HIV/aids teve impacto semelhante às doenças do coração e neoplasias (LAI; TSAI; HARDY, 1997).

DICLEMENTE (1992) alerta que os números da aids na adolescência não mostram a realidade da infecção nesta faixa etária devido ao longo período da latência da doença. Em estudo de soroprevalência com candidatos ao serviço militar, mostrou que 1 em cada 3.000 adolescentes era positivo para HIV, lançando desafios quanto às campanhas de prevenção e medidas de educação.

Nos EUA, em 1993, a infecção pelo HIV foi a principal causa de óbito em pessoas com idade entre 25 e 44 anos. Dos 41.930 óbitos, 72% estavam nesta faixa etária (CDC, 1996a), em 1995 quando atingiram os 500.000 casos de aids observava-se um crescimento dos casos em UDI de 17% (1981-87) para 27% (1993-95), heterossexuais de 3% para 10%, mulheres de 8% para 18%, declínio apenas na transmissão homossexual de 64% para 45%, a mortalidade foi de 62% (CDC, 1995b). O surgimento e crescimento da epidemia da aids contribuiu para diminuir a expectativa de vida dos americanos, devido principalmente à sua incidência em pessoas jovens (CDC, 1996b).

A partir de 1996 há uma queda na mortalidade americana de 29,4 por 100.000 habitantes em 1995, para 16,7 em 1996 e 8,8 em 1997; esta redução na mortalidade é atribuída ao uso mais intenso de terapia anti-retroviral (PALELLA et al., 1998).

1.3.2 Mortalidade da Aids em Âmbito Nacional

No Brasil, o total de óbitos por aids no período de 1980 até junho de 2000 foi de 95.721, ou seja, 50,1% do total de casos conhecidos. Para o ano de 1990, o coeficiente de mortalidade foi de 3,73 por 100.000 habitantes. Observou-se

tendência crescente na mortalidade até o ano de 1995, quando o coeficiente foi de 9,79 óbitos por 100.000 habitantes, decrescendo a partir de 1996, com coeficiente de 8,34 e 1997 com 7,26 por 100.000 habitantes (BRASIL, 1999a).

Em uma análise segundo o sexo, verifica-se uma queda nos coeficientes, por 100.000 homens, de 15,16 em 1995, para 14,43 em 1996. Já no sexo feminino, nota-se um aumento nos coeficientes, por 100.000 mulheres, de 4,53 em 95 para 4,81 em 1996 (BRASIL, 1999a).

A diminuição dos óbitos no Brasil coincide com a adoção da terapia medicamentosa com anti-retroviral e a distribuição gratuita desses medicamentos pelo Ministério da Saúde. Merece especial atenção a região Sul onde se observa menor redução no número de óbitos. Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul tiveram seus coeficientes de mortalidade por 100 mil habitantes, para o ano de 1995 de 7,88, 5,29 e 9,95, e para 1997 de 7,46, 3,74 e 8,38, respectivamente (BRASIL, 1999a).

Após análise revisada dos dados do sistema de informação em mortalidade (SIM) para o Brasil, encontra-se a aids como a 2.^a causa de óbito na faixa etária de 20 a 49 anos para o ano de 1995 (BRASIL, 1998c).

Em 1996 a aids foi a 4.^a causa de óbito na faixa etária de 20 a 49 anos, tanto no sexo masculino quanto no feminino (BRASIL, 1999a).

Em estudo feito no Estado de São Paulo, para os homens, o coeficiente de mortalidade por aids, para a faixa entre 20 e 34 anos, em 1995, foi de 72 por 100.000 habitantes. Este índice representa o 2.^o lugar em causa de óbito (SÃO PAULO, 1997).

1.4 PERFIL DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS EM MULHERES

1.4.1 Panorama Global

Na avaliação dos primeiros dez anos da epidemia, o CDC coloca aids como o maior problema de saúde pública mundial para o século XXI. Um desafio para

todos os povos, apontando para o crescimento da transmissão heterossexual, e conseqüente elevação de casos em mulheres (CDC, 1991b).

O panorama epidemiológico da aids em mulheres, em nível global, mostra que os padrões de transmissão têm se modificado (CHIN, 1990; CONTI et al., 1996; HEALTH et al., 1997).

Na Europa, a proporção de casos em mulheres tem aumentado de forma expressiva, comparativamente com as fases iniciais da epidemia, representando 15% do total de casos em adultos reportados durante o ano de 1992 (KEENLYSIDE; JOHNSON; MABEY, 1993).

Nos países do sul da Europa (França, Espanha e Itália), os casos em mulheres, com muita freqüência, se associam às relações sexuais com UDI, bem como ao consumo de drogas. Em outros países, como a Inglaterra, Suécia e Bélgica as mulheres se infectam por meio do contato sexual com parceiros originários de países onde há o predomínio de transmissão heterossexual, como os países da África Subsaariana ou da Ásia (Tailândia e Índia) (KEENLYSIDE; JOHNSON, MABEY, 1993).

Na Itália as mulheres são responsáveis por metade dos casos de transmissão heterossexual, 65% destas adquiriram HIV/aids por meio de relações com UDI. Há um impacto importante na mortalidade de mulheres, principalmente, entre 25 e 34 anos. Em 1992 aids foi a 2.^a principal causa de óbito na Itália, depois de câncer e à frente de acidentes de trânsito (CONTI et al., 1996).

GUINAN e HARDY (1987), estudando a epidemiologia da aids em mulheres nos EUA, alertam para as tendências de mudança no risco para infecção pelo HIV, em revisão de 1891 casos, a maioria era de UDI (52%) sendo o 2.^o grupo heterossexuais com parceiros com risco (21%). Já neste momento observava-se uma tendência ao crescimento do risco heterossexuais de 12% em 1982 para 26% em 1986.

Quando se avaliam os dados referentes no período de 1981 a 1990, nos EUA, observa-se um aumento do número de casos em mulheres, com idade média de 34 anos, 85% em idade reprodutiva, 73% moradoras das grandes cidades, com um aumento dos casos em cidades menores (ELLERBROCK, 1991). O CDC (1991a)

reforça a tendência de crescimento da aids em mulheres, com crescimento de 29% de 1989 a 1990. Destas, 85% com idade entre 15 e 44 anos, sendo 1/4, de 20 a 29 anos mostrando uma tendência de infecção na adolescência. De 1991-95, o crescimento de aids em mulheres nos EUA foi de 63% (WORTLEY; FLEMING, 1997). Com relação à mortalidade, em 1987, aids foi a 8.^a causa de óbito em mulheres, na faixa de 15 a 44 anos, e em 1991 estava entre as cinco principais causas de óbito feminino (CHU; BUEHLER; BERKELMAN, 1990).

Apesar dos esforços no sentido de reduzir a progressão da epidemia nos EUA, o CDC (1995a) demonstra o constante crescimento do número de casos para os anos de 1993-94 de 3% ao ano, predominantemente em mulheres e crianças, e declínio em homens homossexuais/bissexuais.

Nos países da África Subsaariana são reportadas as taxas de soroprevalência mais altas entre gestantes, com cifras de 20% a 30% em países como Ruanda, Uganda, Zâmbia e Malawi. Outros países mostram prevalências preocupantes que oscilam entre 5% e 10%, como Kenia, Congo, Zaire e Costa do Marfim (KEENLYSIDE; JOHNSON; MABEY, 1993).

Na Ásia a infecção se disseminou entre as prostitutas. A prevalência de infecção por HIV em mulheres grávidas é de cerca de 1%. Na Índia a soroprevalência entre mulheres gestantes aumentou de 0 para 1,3% em Madras e de 1,6% para 23% em prostitutas de Bombaim (KEENLYSIDE; JOHNSON; MABEY, 1993).

Finalmente, a América Latina e Caribe se apresentam com grande variedade quanto à prevalência da infecção pelo HIV e à incidência dos casos de aids em mulheres. As taxas de incidência em mulheres variam com cifras muito altas em alguns países do Caribe (Bahamas e Trinidad Tobago); taxas intermediárias em alguns países da América Central e do Sul (Honduras e Brasil) e taxas baixas em países onde a epidemia tem tido uma propagação lenta (Venezuela e Bolívia). No México a taxa tem sido de 10,8 por 100.000 habitantes (RIO-ZOLEZZI et al., 1995).

1.4.2 Panorama Brasileiro

O primeiro caso de aids em mulher, no Brasil, foi diagnosticado em 1983, e o aumento progressivo dos casos em mulheres tem sido uma das características da epidemia. Cerca de 52.000 casos de aids em mulheres foram notificados até dezembro de 2000, 25,6% do total acumulado. Quando se avaliam os dados referentes às mulheres com mais de 13 anos, encontra-se 84,3% dos casos notificados no período de 1993 a dezembro de 2000 (BRASIL, 2000b).

O crescimento dos casos em mulheres no período de 1994-98 foi de 75,3% enquanto nos homens foi de 10,2% (BRASIL, 2000b).

A razão de sexo, que se mantinha acima de 15 homens para cada mulher até 1986, vem se reduzindo gradativamente, registrando, uma década após, menos de 3:1 (BRASIL, 1998b).

Essa razão comporta-se de maneira heterogênea quando se avalia a escolaridade: quanto menor o grau de instrução, menor a razão de sexo. Para os analfabetos, a proporção homem/mulher é de 2:1 chegando a 7:1 para pessoas que tem nível superior (BRASIL, 1998b). Quando se avalia a razão por sexo considerando-se a faixa etária de 15 a 19 anos, a partir de 1996 esta razão é de 1:1 (BRASIL, 1999c).

A transmissão perinatal passa a ser também uma expressão importante do crescimento dos casos de aids entre as mulheres. Em 1990, esta categoria de transmissão representava 57% dos casos de aids entre crianças com menos de 13 anos de idade, passando para 90% em 1999/2000 (BRASIL, 2000a). Quando se avalia o risco para infecção pelo HIV/aids das mães, encontram-se 47% como heterossexual, 34% como ignorado, 16% como UDI e 3% transfusão. Na avaliação da região Sul separadamente, observa-se 45% de heterossexual, 40% de ignorado, 13% de UDI e 2% de transfusão. Ainda no estudo de risco, com relação à parceria das mães, destaca-se o parceiro UDI, seguida da exposição a parceiro HIV+ e com múltiplos parceiros (BRASIL, 1999c).

Estima-se que, em 1998, ocorreram 12.898 partos em gestantes, infectadas pelo vírus HIV no Brasil, esse número corresponde a 0,4% do total das gestantes, e destas apenas 2.512 receberam zidovudina (AZT) injetável no momento do parto, o que corresponde a 19,5% do total de gestantes infectadas (BRASIL, 1999c).

Quando se refere às mulheres, além de se considerar as questões relacionadas à gestação e parto, é importante avaliar a mortalidade, pois houve um grande crescimento na proporção de óbitos femininos no decorrer do tempo. Em 1985, apenas 3,4% dos óbitos, por aids, eram em mulheres. Este número cresceu para 22,6% em 1995. Entre 1987 e 1989 a mortalidade feminina por aids no Brasil cresceu 485% na faixa de 25 a 34 anos (LOWNDES et al., 2000).

Aids foi a principal causa de morte de mulheres entre 20 e 34 anos no Estado de São Paulo em 1992-93 (SÃO PAULO, 1997), com índice de mortalidade por aids de 26,3 por 100.000, em 1995 (HADDAD; SILVA, 2000).

No Paraná, segundo a Secretaria de Estado da Saúde, o primeiro caso de aids em mulher foi notificado em 1986, com perfil epidemiológico semelhante ao brasileiro. Até março de 2001 o total de casos notificados em mulheres foi de 2.617, mantendo-se a razão homem/mulher em 2:1 desde 1995.*

Observa-se, ainda, a partir de 1992, um crescimento dos casos em crianças menores de 13 anos com total acumulado de 357 casos.

Com relação aos óbitos por aids em ambos os sexos, foram registrados 3.760, correspondendo a 42,6% dos casos notificados.*

Na cidade de Curitiba, até março de 2001, foram notificados 1.176 casos de aids em mulheres, sendo 85% na faixa etária de 15 a 49 anos, respondendo por 45% dos casos do sexo feminino do Paraná.*

A infecção pelo HIV/aids em mulheres é uma realidade muito próxima, na qual estão envolvidas questões sociais, culturais, econômicas e familiares, muitas vezes determinadas por diferenças entre homens e mulheres.

*Dados não publicados. Fonte: SUS/SINAN/PARANÁ/CURITIBA.

2 OBJETIVOS

Este trabalho objetiva avaliar a aids como causa de mortalidade de mulheres, entre 15 e 49 anos, moradoras no Município de Curitiba, Estado do Paraná, no período de 1987 a 1998. Pretende ainda:

- a) caracterizar o perfil demográfico destas mulheres;
- b) identificar as principais categorias de exposição para HIV;
- c) identificar as doenças associadas à aids, como causa de morte;
- d) identificar o tempo de evolução entre o diagnóstico da aids e o óbito relacionando com o uso de terapia anti-retroviral;
- e) comparar aids com outras causas de mortalidade neste período.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 CASUÍSTICA

Estudo epidemiológico retrospectivo dos óbitos por aids tendo como população de referência as mulheres com idade entre 15 e 49 anos, residentes no município de Curitiba, que faleceram entre 1.º de janeiro de 1987 e 31 de dezembro de 1998, detectadas a partir do banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), disponível na Coordenação de Informação em Saúde (CIS), da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS).

Foi elaborada uma listagem da qual constavam os seguintes dados: número da Declaração de Óbito (DO), idade e causa básica do óbito, codificada segundo o Classificação Internacional de Doenças (CID). Para os anos de 1987 a 1995, foi usado o CID-9 (OMS, 1985) e a partir de 1996 o CID-10 (OMS, 1995).

3.1.1 Critérios de Seleção

Foram selecionadas todas as mulheres cujas DO tinham como causa básica de óbito o código 279.1 para os anos de 1987-95 e a partir de 1996, quando a infecção pelo HIV começou a constar no CID-10 como doença infecciosa, abrangendo os códigos de B-20 a B-24.

Além das mulheres com DO codificadas como aids, foram selecionadas também as demais, cuja causa básica de óbito estivesse classificada como doença oportunista ou outra patologia que denotasse caso sugestivo de aids. Para isso, foram utilizados os critérios de definição nacional de casos de aids em indivíduo com 13 anos ou mais para fins de vigilância epidemiológica (BRASIL, 1998).

Com base no critério Rio de Janeiro/Caracas (WENIGER et al., 1992) foram selecionadas as seguintes patologias ou referências: diarreia crônica, candidíase oral, desnutrição grave, anemia, trombocitopenia, sarcoma de Kaposi, tuberculose

disseminada ou pulmonar, herpes zoster, disfunção do Sistema Nervoso Central (SNC). Pelo critério do CDC (CDC, 1992): candidíase disseminada, citomegalovirose, histoplasmose disseminada, isosporíase, meningite criptocócica ou criptococose, linfoma SNC, micobacteriose disseminada, pneumocistose, toxoplasmose cerebral. Foram ainda investigadas patologias que entram no diagnóstico diferencial das doenças já citadas como: abscesso ou granuloma do SNC, micoses oportunistas, colite, sepsis, pneumonia bilateral, deficiência imunitária e viroses do SNC (Apêndice 1).

As DO dos anos de 1992 a 1998 foram revisadas na CIS da SMS. As DO de 1987 a 1991 foram revisadas no Serviço de Epidemiologia da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná mediante consulta ao arquivo informatizado do SIM.

No período de 1987 a 1998 foram registrados 6.901 óbitos femininos, na faixa de 15 a 49 anos residentes em Curitiba. Destes, 496 preenchiam critério de investigação pelo código de causa básica do óbito. Estas DO foram selecionadas e avaliadas individualmente com objetivo de confirmar ou descartar a presença de infecção pelo HIV/aids. Foram observados especialmente os itens referentes à causa da morte Parte I (doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte) e às causas antecedentes (estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima, registrada) Parte II (outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte, porém não relacionados com a doença ou o estado patológico que a produziu) (Anexo 1).

O nome das mulheres com óbito sugestivo de infecção pelo HIV/aids foi comparado com a listagem de pacientes HIV positivos, do Serviço de Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário da Matriz da SMS e com os dados SINAN, com o objetivo de confirmar os casos de aids previamente diagnosticados.

Chegou-se a um total de 233 óbitos por HIV/aids. Destes, 29 casos foram descartados do estudo por não pertencerem ao município de Curitiba, mas sim à sua região metropolitana. Quando comparados os nomes das listas do SIM e SINAN foram encontrados 14 casos com DO no SIM, que não estavam relacionados no SINAN, e 14 casos apresentados pelo SINAN, cuja DO não constava no SIM. Estes

14 casos do SINAN foram incluídos no estudo, e as informações levantadas serviram para retroalimentar os sistemas de informação.

3.1.2 Grupo de Estudo

Do total de óbitos investigados chegou-se a 218 casos de mulheres com idade entre 15 e 49 anos, residentes no município de Curitiba, no momento do óbito, sendo esta a população final do estudo. Os dados levantados por meio da ficha de registro de caso estão apresentados no Apêndice 2.

3.2 MÉTODO

Foram preenchidas as fichas de registro de casos (Apêndice 3) com base na DO, observando-se sempre as normas éticas de preservação de sigilo.

Para o levantamento dos dados demográficos, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, categoria de exposição, número de filhos, filhos infectados, uso e tempo de terapia específica, tempo de evolução e infecções oportunistas, foram utilizadas a DO e a Ficha Individual de notificação Epidemiológica (FIE) (Anexo 2). Para complementação dos dados, foi feita uma investigação nos dois principais serviços públicos de referência em assistência ambulatorial a HIV/aids em Curitiba, o ambulatório de infectologia do Centro Regional Metropolitano e ambulatório de infectologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR). Também foram utilizadas como fonte complementar investigações feitas nos hospitais onde ocorreu o óbito. O total de investigações e os locais onde foram realizados os levantamentos dos prontuários estão indicados nos Apêndice 4 e 5.

As causas gerais de mortalidade foram agrupados em 17 grandes grupos, segundo CID-9, para os óbitos ocorridos nos anos de 1987 a 1995 (OMS, 1985).

Os óbitos ocorridos a partir de 1996 foram agrupados com uma modificação dos grupos do CID-10 (OMS, 1995) para os do CID-9 (Apêndice 6 e 7).

A idade foi agrupada por faixa etária a cada 5 anos a partir dos 15 anos perfazendo um total de 7 grupos etários.

Foram condensadas as 10 principais causa de óbito para cada faixa etária, avaliando-se separadamente os óbitos por aids. Para melhor avaliação, foram calculados os coeficientes de incidência por 100.000 mulheres, por causa básica de óbito, por faixa etária e ano.

Para o cálculo dos coeficientes de incidência por 100.000 habitantes foram usados os dados populacionais por interpolação exponencial baseada nos dados populacionais do Censo de 1980, de 1991 e da contagem da população de 1996. A fonte de informação foi a SMS, tendo como base os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC) (Apêndice 8).

Para identificar a categoria de exposição para o HIV da mulher e seu parceiro, foram usados os dados disponíveis na FIE e em prontuários médicos.

Para identificação da causa básica do óbito ou infecção oportunista no momento do óbito foram usados os dados de preenchimento da DO.

Com relação ao tempo de evolução, foi analisado o tempo entre o diagnóstico de aids e o óbito, calculado em dias.

Para avaliação do tipo de terapia anti-retroviral empregou-se esta classificação: monoterapia, terapia dupla, para os inibidor de transcriptase reversa e inibidor de protease isoladamente; o tempo de uso foi medido em meses. Estes dados foram levantados de prontuários médicos dos serviços citados anteriormente.

Foram usados os óbitos masculinos, para fins comparativos, na mesma faixa etária e período. Os dados foram levantados a partir do SINAN, disponível na SMS na Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Foram tabulados os seguintes dados: número de registro, data do diagnóstico de aids, data do óbito, idade, categoria de exposição e escolaridade, perfazendo um total de 874 óbitos.

3.3 MÉTODO ESTATÍSTICO

Recorreu-se à análise descritiva dos dados por meio de tabelas, quadro e gráficos. Para a comprovação dos objetivos levantados neste trabalho foram utilizados a Análise da Variância (ANOVA) e os testes paramétricos “t de Student” e os não-paramétricos “Mann-Whitney”, “Comparação entre duas Proporções” (por meio do software Primer of Biostatistics) e “Qui-Quadrado com correção de Yates” (por meio do *software* Epi-Info). O nível de significância (probabilidade de significância) mínimo adotado foi de 5% (0,05). Os resultados significantes estão indicados com asterisco (*).

4 RESULTADOS

4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS

Foram detectados 218 óbitos por aids em mulheres de 15 a 49 anos residentes no município de Curitiba no período de 1987 a 1998.

Quando comparados os nomes das listas do SIM e SINAN, foram encontrados 14 casos com DO no SIM, e que não eram conhecidos no SINAN, e 14 casos conhecidos pelo SINAN, cuja a DO não constava no SIM. O índice de subnotificação registrado, para o período de 1987 a 1998, foi de 6,4%.

Na tabela 1 apresenta-se a distribuição dos óbitos por aids segundo sexo e ano de ocorrência, em número absoluto e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes.

Houve crescimento no coeficiente de mortalidade por aids, no sexo masculino a partir de 1988, com o maior coeficiente observado em 1996 de 38,38 óbitos por 100.000 homens. Para o sexo feminino, a partir de 1992, houve crescimento acentuado no coeficiente de mortalidade por aids, com maior coeficiente observado também em 1996. Houve uma redução na mortalidade no ano de 1997, relativa ao ano anterior, de 38% para o sexo masculino e 23% para o feminino, e no ano de 1998, relativo à 1997, foi de 30% para o sexo masculino e 40,0% para o feminino.

Com relação à razão entre o número de óbitos devido à aids ocorridos em homens e mulheres houve redução de 12,7:1 em 1991 para 4,7:1 em 1992. Esta razão manteve-se entre 4,3:1 e 2,9:1 nos anos seguintes (tabela 1).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR AIDS, SEGUNDO SEXO E ANO DE OCORRÊNCIA EM CURITIBA - 1987-1998

ANO	FEMININO		MASCULINO		MASC./FEM.
	NÚMERO	COEFICIENTE (por 100.000 mulheres)	NÚMERO	COEFICIENTE (por 1000.000 homens)	
1987	1	0,29	7	2,21	7,0
1988	2	0,56	17	5,23	8,5
1989	4	1,08	25	7,50	6,3
1990	3	0,79	38	11,12	12,7
1991	4	0,77	51	14,49	12,8
1992	14	3,23	66	18,15	4,7
1993	22	5,76	96	25,50	4,4
1994	30	6,75	115	29,65	3,8
1995	39	8,35	129	32,26	3,3
1996	42	8,71	158	38,38	3,8
1997	34	6,68	100	23,86	2,9
1998	23	4,01	72	16,80	3,1
TOTAL	218		874		4,0

NOTA: t calc = 4,352; p < 0,0001.

4.1.1 Local do Óbito

Com relação ao local de ocorrência do óbito, 192 foram hospitalares (88,1%), 16 domiciliares (7,3%); em 9 casos não foi possível identificar o local do óbito e 1 constava na DO como outro local ($p < 0,0001$).

Dos óbitos hospitalares, 84 (43,7%) ocorreram no Hospital Osvaldo Cruz, 45 (23,4%) no Hospital de Clínicas da UFPR, 53 (18,2%) no Hospital do Trabalhador, 7 (3,7%) no Hospital Evangélico, 4 (2,1%) no Hospital Cajuru, 4 (2,1%) no Hospital Nossa Senhora das Graças e 13 (6,8%) em outros hospitais de Curitiba.

4.1.2 Idade

Com relação à faixa etária, observou-se uma maior ocorrência de óbitos na faixa etária de 25 a 29 anos e de 30 a 34 anos, com um total de 100 óbitos (45,8%). Nas faixas etárias extremas, a incidência foi menor: de 15 a 19 anos foram 5 óbitos (2,3%) e de 45 a 49 anos, 10 óbitos (4,6%) (tabela 2).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR AIDS, COM RELAÇÃO AO SEXO E À FAIXA ETÁRIA, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

FAIXA ETÁRIA (anos)	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
15 a 19	05	2,3	09	1,0	14	1,3
20 a 24	30	13,8	85	9,8	115	10,5
25 a 29	50	22,9	168	19,2	218	19,9
30 a 34	50	22,9	223	25,5	273	25,0
35 a 39	41	18,8	201	23,0	242	22,2
40 a 44	32	14,7	113	12,9	145	13,3
45 a 49	10	4,6	75	8,6	85	7,8
TOTAL	218	100,0	874	100,0	1 092	100,0

NOTA: $\chi^2_{\text{calc}} = 11,90$; $p = 0,0642$.

4.1.3 Ocupação

Com relação ao tipo de ocupação, observa-se que 102 mulheres eram donas de casa (46,8%). Como segunda atividade mais freqüente encontrou-se atividade relacionada ao comércio, com 36 casos (16,5%), seguida de auxiliares de serviços gerais, 32 casos (14,7%). No grupo de prestadoras de serviços foram incluídas costureira, cabeleireira, manicura entre outras; este grupo apresentou 21 casos (9,6%). Na categoria de trabalhadoras do sexo foram encontrados 10 casos, representando 4,6% do total. Na indústria, 4 (1,8%) e em outras categorias não classificadas anteriormente registraram-se 13 casos (6,0%) (tabela 3).

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ÓBITOS POR AIDS, EM MULHERES, SEGUNDO A OCUPAÇÃO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

OCUPAÇÃO	Abs.	%
Do Lar	102	46,8
Comércio	36	16,5
Serviços Gerais	32	14,7
Prestadora de Serviços	21	9,6
Trabalhadora do Sexo	10	4,6
Indústria	04	1,8
Outros	13	6,0
TOTAL	218	100,0

NOTA: $z = 1,241$; $p = 0,215$.

4.1.4 Estado Civil

Com relação ao estado civil, em 9 casos (4,1%) considerou-se ignorado; no restante a distribuição, excluindo-se os ignorados, foi a seguinte: 102 solteiras (48,8%), 49 casadas (23,4%), 29 viúvas (13,9%), 20 separadas (9,6%) e 9 como outras classificações de estado civil (4,3%) (tabela 4).

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ÓBITOS POR AIDS, EM MULHERES, SEGUNDO O ESTADO CIVIL, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

ESTADO CIVIL	Abs.	%	% ⁽¹⁾
Solteira	102	46,8	48,8
Casada	49	22,5	23,4
Viúva	29	13,3	13,9
Separada	20	9,2	9,6
Outro	09	4,1	4,3
Ignorado	09	4,1	
TOTAL	218	100,0	

NOTA: z = 1,241; p = 0,215.

(1) Excluindo os ignorados.

4.1.5 Número de Filhos

Em apenas 52 casos, 23,85% do total, recuperou-se informação referente a número de filhos. O número de órfãos registrado foi de 116, sendo que destes 7 eram sabidamente HIV +; a média de filhos por mulheres foi de 2,12, a mediana de 2 filhos, variando de 0 a 7 filhos.

4.1.6 Escolaridade

Com relação à escolaridade, em 35 casos não foi possível classificar o grau de escolaridade, permanecendo como ignorado (16,1%). Para fins de análise, os casos ignorados foram distribuídos proporcionalmente entre aqueles com escolaridade conhecida, resultando na seguinte distribuição: 5 mulheres analfabetas (2,2%), 151 mulheres com 1.º grau (69,4%), sem especificação se completo ou incompleto, 49 mulheres com 2.º grau (22,4%), também sem especificação e 13 mulheres com curso superior (6%). Na tabela 5 observa-se a distribuição dos casos segundo escolaridade e sexo.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR AIDS, COM RELAÇÃO AO SEXO E À ESCOLARIDADE, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

ESCOLARIDADE	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Analfabeto	05	2,2	07	0,8	12	1,1
1.º Grau	151	69,4	402	46,0	553	50,6
2.º Grau	49	22,4	270	30,9	319	29,2
Superior	13	6,0	195	22,3	208	19,1
TOTAL	218	100,0	874	100,0	1 092	100,0

NOTAS: (1) $\chi^2_{\text{calc}} = 42,63$; $p < 0,00001$.

(2) Os casos ignorados foram proporcionalmente distribuídos entre aqueles com escolaridade conhecida.

4.2 CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO

Com relação à categoria de exposição, em 55 casos (25,2%) foi ignorada. Em 38 casos (17,4%) havia mais de uma situação de risco.

Foram detectados 56 casos de UDI (25,7%), 68 casos de mulheres com parceiro único (31,2%), 63 casos de mulheres com múltiplos parceiros (28,9%) e apenas 14 casos com história de transfusão sangüínea (6,4%) (tabela 6).

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ÓBITOS POR AIDS, EM MULHERES, SEGUNDO A CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

RISCO FEMININO	ABS.	%
Parceiro único	59	27,1
Parceiros múltiplos	34	15,6
Transfundida	8	3,7
UDI	24	11,0
UDI e parceiro único	5	2,3
UDI e parceiros múltiplos	27	12,4
Transfundida e parceiro único	4	1,8
Transfundida e parceiros múltiplos	2	0,9
Ignorado	55	25,2
TOTAL	218	100,0

A categoria de exposição do parceiro sexual foi avaliada separadamente. A situação ignorada foi observada em 99 casos, o que corresponde a 44,5%. Nos 119 casos restantes, em 32 casos o parceiro tinha 2 riscos diferentes (14,7%) e 8 parceiros tinham 3 riscos diferentes (3,7%). Quando se avaliou a categoria de exposição individualizada, os resultados foram os seguintes: parceiros com relato de UDI 34 casos (15,6%), bissexual 13 casos (6,0%), relato de parceiro sabidamente

HIV + em 63 casos (28,9%), história de parceiros com múltiplos parceiros em 28 casos (12,8%), história de parceiro transfundido em apenas 3 casos, e nenhum parceiro com hemofilia foi encontrado (tabela 7).

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ÓBITOS POR AIDS, EM MULHERES, SEGUNDO A CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO DO PARCEIRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

RISCO DO PARCEIRO	ABS.	%
UDI	16	7,3
UDI e HIV +	9	4,1
UDI e HIV + e múltiplos parceiros	4	1,8
UDI e múltiplos parceiros	3	1,4
Transfundido	3	1,4
HIV +	30	13,8
HIV + e múltiplos parceiros	13	6,0
Bissexual	2	0,9
Bissexual e HIV +	5	2,3
Bissexual e múltiplos parceiros	2	0,9
Bissexual e HIV + e múltiplos parceiros	2	0,9
Bissexual e UDI e múltiplos parceiros	2	0,9
Múltiplos parceiros	28	12,8
Ignorado	99	45,4
TOTAL	218	100,0

Quando se agrupam as categorias de exposição e se comparam os 4 grandes grupos com relação à distribuição por sexo, verifica-se uma maior incidência de UDI no sexo feminino com 25,7% ($p=0,0193$) e uma maior distribuição para o grupo sangüíneo, enquanto nos homens constatou-se que a principal categoria de exposição foi a sexual (tabela 8).

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ÓBITO POR AIDS, COM RELAÇÃO AO SEXO E A CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Sexual	131	60,1	535	61,2	666	61,0
UDI	56	25,7	162	18,5	218	20,0
Sangüíneo	14	6,4	23	2,6	37	3,4
Ignorado	55	25,2	222	25,4	277	25,4
TOTAL	256	1,2/fem	942	1,1/mas	1 198	1,1/total

NOTAS: (1) Percentual calculado em razão do número de óbitos (218 e 874, respectivamente).

(2) $\chi^2_{\text{calc}} = 9,91$; $p = 0,0193$.

4.3 DOENÇAS ASSOCIADAS

Ao observar-se as doenças oportunistas presentes na DO, a infecção mais freqüente foi pneumonia não especificada constando em 35 DO (16,0%). A citação PCP esteve presente em 25 DO (11,5%), tuberculose em 20 DO (9,2%), toxoplasmose em 19 DO (8,7%), criptococose em 16 DO (7,3%), sepsis em 13 DO (6,0%). A citação apenas de SIDA na DO, sem definição ou referência à doença oportunista, esteve presente em 47 DO (21,6%). Em 5 casos não foi possível resgatar a DO, por isso foram classificados como ignorado (tabela 9).

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ÓBITOS POR AIDS, EM MULHERES, SEGUNDO DOENÇAS ASSOCIADAS RELATADAS NA DO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

DOENÇAS ASSOCIADAS	ABS.	%
SIDA	47	21,6
Pneumonia	35	16,0
P. Carinii	25	11,5
Tuberculose	20	9,2
Toxoplasmose	19	8,7
Criptococose	16	7,3
Sépsis	13	6,0
Desnutrição	03	1,4
Sarcoma Kaposi	01	0,4
Outros ⁽¹⁾	34	15,6
Ignorado	05	2,3
TOTAL	218	100,0

(1) Diarréia -5, hipertensão intracraniana -4, hemorragia -3, encefalite-3, hepatopatia crônica-3, insuficiência cardíaca -2, CMV-2, Insuficiência respiratória -2, linfoma -1, leucoencefalopatia -1, Criptosporidio -1, Tu. cavum -1, neoplasia SNC-1, histoplasmose -1, infecção fúngica -1, pancreatite -1, pancitopenia -1, politraumatismo -1.

4.4 TEMPO DE EVOLUÇÃO E USO DE TERAPIA

4.4.1 Tempo de Evolução

Para o tempo de evolução entre o diagnóstico de aids e o óbito, observa-se, para o sexo feminino, que em 27,5% dos óbitos o tempo foi menor que 30 dias e em 35,3% foi superior a 1 ano. Para o sexo masculino, 31,7% dos óbitos ocorreram antes de 30 dias e 30,2% com mais de 1 ano (tabela 10). Mediante a comparação

entre o sexo e o tempo de sobrevida não foi constatada diferença significativa, mas demonstra-se que o tempo de sobrevida de até 90 dias foi menor para o sexo feminino (38,1% x 45,4%) ($p=0,0833$).

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR AIDS, COM RELAÇÃO AO SEXO E TEMPO DE SOBREVIDA, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

TEMPO DE SOBREVIDA (dias)	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Até 30	60	27,5	277	31,7	337	30,9
31 a 90	23	10,6	120	13,7	143	13,1
91 a 180	24	11,0	86	9,9	110	10,1
181 a 365	34	15,6	127	14,5	161	14,7
366 a 730	38	17,4	168	19,2	206	18,9
Mais de 730	39	17,9	96	11,0	135	12,3
TOTAL	218	100,0	874	100,0	1 092	100,0

NOTA: $\chi^2_{\text{calc}} = 9,73$; $p = 0,0833$.

No quadro 1 observa-se que a idade média para o sexo feminino foi de 32,3 anos e para o masculino, 33,7 anos; não se constatou diferença significativa na comparação do sexo em relação à idade.

A sobrevida média em dias para o sexo feminino foi de 255,3 dias e para o sexo masculino foi de 292,5 dias, com uma diferença a favor dos homens de 37,2 dias.

QUADRO 1 - MÉDIA DE IDADE E SOBREVIDA ENTRE HOMENS E MULHERES QUE FORAM A ÓBITO POR AIDS, EM CURITIBA - 1987-1998

DADOS	N.º	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIANA
Idade						
Feminino	218	32,3	7,2	16,0	48,0	32
Masculino	874	33,7	7,2	17,0	49,0	34
Diagnóstico de aids - Sobrevida						
Dias						
Feminino	218	255,3	(1) 334,1	0,0	1 780,0	149,0
Masculino	874	292,5	(1) 422,2	0,0	3 882,0	128,5
Meses						
Feminino	218	8,5	(1) 11,1	0,0	59,3	5,0
Masculino	874	9,8	(1) 14,1	0,0	129,4	4,3
Diagnóstico de HIV						
Dias	218	425,1	(1) 607,8	0,0	4 161,0	188,5
Meses	218	14,2	(1) 20,3	0,0	138,7	6,3

NOTA: Masculino x Feminino: Idade $\rightarrow t=-1,283$ e $p=0,200$; Diagnóstico de AIDS $\rightarrow z=0,633$ e $p=0,527$;

Tempo do Diagnóstico de HIV x Tempo do Diagnóstico de AIDS: Feminino $\rightarrow 3,638$ e $p<0,0001$.

0,0 para tempo foi usado quando o diagnóstico ocorreu depois do óbito.

(1) Desvio padrão muito elevado, recomenda-se utilizar a mediana.

4.4.2 Uso de Terapia

Para o tempo de evolução e uso de terapia anti-retroviral, observa-se uma sobrevida média de 157,6 dias para as mulheres que não fizeram uso de terapia, 441 dias para as que usaram monoterapia (um análogo de nucleosídeo), 470,8 dias para terapia dupla (dois análogos de nucleosídeo) e 465,9 dias para as que fizeram uso de inibidor de protease.

O tempo médio de uso de terapia foi de 8,6 meses para monoterapia, 6,4 meses para terapia dupla e 3,6 meses para inibidor de protease (quadro 2).

QUADRO 2 - TEMPO DE EVOLUÇÃO E TERAPIA NO SEXO FEMININO

TEMPO DE EVOLUÇÃO	N.º	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MEDIANA
Dias				
Sem Terapia	131	152,6	⁽¹⁾ 281,0	35,0
Monoterapia	64	441,0	⁽¹⁾ 357,3	355,0
Terapia Dupla	29	470,8	⁽¹⁾ 358,3	371,0
Inibidor de Protease	15	465,9	⁽¹⁾ 482,9	239,0
Terapia (Meses)				
Monoterapia	61	8,6	⁽¹⁾ 5,9	8,0
Terapia Dupla	27	6,4	⁽¹⁾ 3,9	6,0
Inibidor de Protease	14	3,6	⁽¹⁾ 4,4	1,0

(1) Desvio padrão muito elevado, recomenda-se utilizar a mediana.

Observou-se que 60,1% das mulheres não fizeram uso de terapia específica. Dentro do grupo que fez uso de terapia, 79,3% fizeram uso de apenas uma droga, 17,2% usaram duas drogas e 3,5% usaram três drogas diferentes (tabela 11).

TABELA 11 - AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE FEMININA EM RELAÇÃO AO USO DE TERAPIA

USO DE TERAPIA	ABS.	%
Não	131	60,1
Sim	87	39,9
Uma droga	69	79,3
Duas drogas	15	17,2
Três drogas	03	3,5
TOTAL	218	100,0

NOTA: Não x Sim $\rightarrow z = 4,122$; $p < 0,0001^*$; 1 droga x Mais de 1 droga $\rightarrow z = 7,578$ $p < 0,0001^*$.

Constatou-se que a maioria das mulheres que foram a óbito não fazia uso de terapia (60,1%) ($p < 0,0001$) e entre as que faziam, a maioria utilizava apenas um tipo de terapia (79,3%) ($p < 0,0001$).

4.5 MORTALIDADE POR AIDS RELACIONADA ÀS OUTRAS CAUSAS DE ÓBITO

Quando se avaliam as 10 principais causas de mortalidade feminina numa série histórica, para a faixa etária de 15 a 49 anos, no mesmo período do estudo, observa-se que até 1991 aids não figurava entre elas. Nos anos de 1992 e 1993, ela aparece em 8.º lugar, em 1994 em 5.º lugar e em 1995 e 1996 em 4.º lugar (tabela 12).

TABELA 12 - MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 15 A 49 ANOS - 1987-1998

CAUSA BÁSICA	ANO DO ÓBITO											
	(coeficiente por 100.000 mulheres)											
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Doença Infecciosa	8,91	7,90	5,49	6,03	6,17	4,64	8,07	7,54	3,67	5,45	4,10	6,87
Neoplasias	39,92	48,18	41,36	38,68	41,82	40,10	40,03	35,20	36,69	35,43	37,16	56,38
Endoc. Metab. Imunit.	6,20	9,41	3,66	6,03	6,86	4,31	6,78	5,34	6,42	6,97	5,85	4,29
Sistema Nervoso	5,81	8,28	5,12	3,55	5,83	5,97	10,33	3,14	6,42	6,36	4,68	6,01
Circulatório	46,51	53,07	54,17	45,78	46,97	43,74	48,10	45,89	44,34	39,97	41,55	39,78
Respiratório	7,75	13,93	12,08	10,65	13,03	9,94	10,98	9,43	11,01	8,78	14,63	11,16
Digestivo	10,46	13,17	10,25	6,74	10,63	8,95	11,95	10,69	11,62	10,60	11,12	10,02
Gênito-urinário	3,88	4,14	1,83	4,97	4,11	4,64	3,55	3,14	3,67	2,42	4,10	4,01
Gravidez e Parto	2,71	4,89	4,76	6,03	4,80	7,62	3,87	7,86	6,12	4,54	4,97	3,43
Causas Externas	48,44	45,17	34,04	44,01	44,57	37,45	41,97	38,97	36,08	41,18	40,67	28,91
Aids	0,39	0,75	1,46	1,06	1,37	4,64	7,10	9,43	11,93	12,72	9,95	6,58
TOTAL	187,57	217,92	181,17	184,19	194,38	176,64	195,65	173,81	176,13	170,19	177,31	181,74

NOTA: Para fins de análise, aids foi separada das causas por grupo, não foi incluída no grupo das doenças infecciosas.

4.5.1 Distribuição da Mortalidade por Faixa Etária

Na faixa etária de 15 a 19 anos, dentre as 10 principais causa de óbito feminino, aids aparece em 6.º lugar em 1994, 4.º lugar em 1996 e 5.º lugar em 1997 (tabela 13).

TABELA 13 - MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 15 A 19 ANOS - 1987-1998

CAUSA BÁSICA	ANO DO ÓBITO											
	(coeficiente por 100.000 mulheres)											
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Doença Infecciosa	1,57	3,11	1,54	1,53	0,00	0,00	2,82	4,10	2,64	3,95	0,00	1,23
Neoplasias	4,70	9,33	6,18	10,74	13,70	7,29	1,41	4,10	5,29	1,32	2,52	12,33
Endoc. Metab. Imunit.	1,57	3,11	3,09	0,00	0,00	0,00	1,41	0,00	1,32	0,00	1,26	0,00
Sistema Nervoso	4,70	3,11	1,54	4,60	4,57	5,83	7,06	1,37	3,96	1,32	0,00	3,70
Circulatório	3,13	4,66	3,09	3,07	3,04	1,46	2,82	4,10	2,64	2,63	1,26	2,47
Respiratório	3,13	9,33	1,54	10,74	1,52	4,37	2,82	1,37	3,96	3,95	6,30	0,00
Digestivo	0,00	1,55	1,54	0,00	3,04	0,00	1,41	0,00	1,32	0,00	1,26	1,23
Gênito-urinário	0,00	0,00	0,00	1,53	1,52	1,46	0,00	0,00	2,64	0,00	0,00	2,47
Gravidez e Parto	3,13	4,66	1,54	4,60	3,04	4,37	4,23	8,20	3,96	1,32	5,04	1,23
Causas Externas	26,61	32,65	27,80	30,68	30,44	33,54	26,82	34,15	23,78	35,53	27,73	25,89
Aids	0,00	0,00	0,00	1,53	0,00	0,00	0,00	1,37	0,00	2,63	1,26	0,00
TOTAL	53,22	79,30	55,60	72,10	65,44	64,15	57,87	61,46	54,18	53,95	56,72	59,18

NOTA: Para fins de análise, aids foi separada das causas por grupo, não foi incluída no grupo das doenças infecciosas.

Na faixa etária de 20 a 24 anos, dentre as 10 principais causa de óbito feminino, aids aparece em 7.º lugar em 1994, em 2.º lugar nos anos de 1995 e 1996, e em 3.º lugar nos anos de 1997 e 1998 (tabela 14).

TABELA 14 - MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 20 A 24 ANOS - 1987-1998

CAUSA BÁSICA	ANO DO ÓBITO											
	(coeficiente por 100.000 mulheres)											
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Doença Infecciosa	1,53	1,52	4,49	4,44	2,92	1,42	4,18	5,45	4,01	0,00	1,28	3,76
Neoplasias	6,14	3,03	11,98	4,44	4,38	7,10	6,96	4,09	5,34	4,03	8,98	10,04
Endoc. Metab. Imunit.	3,07	10,61	0,00	1,48	2,92	1,42	0,00	1,36	0,00	1,34	2,57	0,00
Sistema Nervoso	3,07	4,55	0,00	4,44	1,46	0,00	5,57	0,00	5,34	6,72	1,28	2,51
Circulatório	4,60	7,58	7,49	5,92	7,29	8,52	9,74	4,09	0,00	5,37	7,70	1,25
Respiratório	1,53	6,06	8,98	2,96	4,38	5,68	1,39	6,82	4,01	2,69	6,41	2,51
Digestivo	0,00	3,03	0,00	1,48	2,92	2,84	6,96	1,36	5,34	0,00	1,28	2,51
Gênito-urinário	0,00	0,00	0,00	1,48	1,46	2,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Gravidez e Parto	1,53	1,52	1,50	5,92	8,75	12,79	5,57	10,91	5,34	2,69	2,57	6,27
Causas Externas	39,88	21,22	23,96	29,59	29,18	25,57	25,06	24,54	26,70	34,93	21,81	20,08
Aids	0,00	0,00	2,99	0,00	0,00	2,84	1,39	2,73	8,01	9,40	7,70	5,02
TOTAL	64,42	68,20	62,89	66,58	68,57	72,46	75,17	64,09	72,10	83,30	64,15	56,47

NOTA: Para fins de análise, aids foi separada das causas por grupo, não foi incluída no grupo das doenças infecciosas.

Na faixa etária de 25 a 29 anos a aids figura entre as 5 principais causas de mortalidade desde 1992. Ocupou o 2.º lugar em 1995 e 1998, 3.º lugar em 1992, 1993, 1994 e 1996, e 4.º lugar em 1997 (tabela 15).

TABELA 15 - MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 25 A 29 ANOS - 1987-1998

CAUSA BÁSICA	ANO DO ÓBITO											
	(coeficiente por 100.000 mulheres)											
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Doença Infecciosa	6,59	1,61	1,57	3,06	7,43	4,40	0,00	5,73	1,41	1,42	4,10	1,34
Neoplasias	13,18	19,29	9,41	18,36	10,41	4,40	13,04	14,32	9,89	11,40	12,31	6,69
Endoc. Metab. Imunit.	3,29	6,43	0,00	6,12	2,97	0,00	2,90	1,43	2,83	1,42	5,47	2,68
Sistema Nervoso	4,94	4,82	7,84	3,06	4,46	7,33	2,90	4,29	4,24	1,42	5,47	4,01
Circulatório	9,88	14,47	10,97	13,77	11,89	14,66	14,49	10,02	5,65	5,70	10,94	8,03
Respiratório	1,65	1,61	6,27	3,06	8,92	4,40	1,45	2,86	4,24	4,27	2,73	8,03
Digestivo	3,29	4,82	4,70	1,53	5,95	1,47	5,80	7,16	9,89	2,85	2,73	1,34
Gênito-urinário	4,94	0,00	0,00	0,00	1,49	0,00	0,00	0,00	1,41	1,42	2,73	0,00
Gravidez e Parto	0,00	3,21	3,14	9,18	4,46	4,40	2,90	7,16	5,65	2,85	4,10	1,34
Causas Externas	28,01	36,97	20,38	29,07	34,19	23,45	27,53	22,91	35,33	24,22	23,25	22,74
Aids	0,00	3,21	1,57	1,53	2,97	7,33	13,04	8,59	9,89	5,70	8,20	9,36
TOTAL	79,08	99,65	72,12	99,45	102,57	79,15	91,30	97,35	94,67	71,23	86,15	73,56

NOTA: Para fins de análise, aids foi separada das causas por grupo, não foi incluída no grupo das doenças infecciosas.

Na faixa etária de 30 a 34 anos, aids figura entre as 5 principais causas de mortalidade desde 1993; sendo 3.º lugar em 1997, 4.º lugar em 1993, 1994, 1995 e 1996, e 5.º lugar em 1998 (tabela 16).

TABELA 16 - MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 30 A 34 ANOS - 1987-1998

CAUSA BÁSICA	ANO DO ÓBITO											
	(coeficiente por 100.000 mulheres)											
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Doença Infecciosa	7,60	7,33	1,77	0,00	6,54	0,00	4,60	0,00	2,89	1,43	2,76	6,75
Neoplasias	34,21	18,33	19,45	17,06	27,80	22,07	21,45	17,86	10,12	12,88	16,56	24,30
Endoc. Metab. Imunit.	5,70	3,67	1,77	5,12	8,18	3,15	3,50	1,49	2,89	5,73	2,76	2,70
Sistema Nervoso	3,80	12,83	5,31	1,71	4,91	6,30	10,73	1,49	2,89	5,73	4,14	8,10
Circulatório	28,51	38,50	33,60	23,88	17,99	22,07	19,92	14,89	15,90	10,02	12,42	17,55
Respiratório	0,00	7,33	7,07	6,82	11,45	6,30	10,73	2,98	7,23	8,59	8,28	4,05
Digestivo	13,31	7,33	5,31	3,41	6,54	7,88	3,06	8,93	7,23	8,59	4,14	2,70
Gênito-urinário	5,70	3,67	5,31	0,00	3,27	3,15	3,06	2,98	1,45	2,86	1,38	1,35
Gravidez e Parto	5,70	7,33	3,54	1,71	3,27	7,88	3,06	4,47	5,78	7,16	6,90	2,70
Causas Externas	32,31	47,67	22,99	42,64	21,26	22,07	41,37	32,75	33,24	31,49	28,98	22,95
Aids	0,00	0,00	0,00	0,00	1,64	3,15	13,79	13,40	13,01	7,16	13,80	6,75
TOTAL	140,66	159,50	113,18	107,46	124,28	111,91	145,57	104,21	106,96	103,06	109,02	101,24

NOTA: Para fins de análise, aids foi separada das causas por grupo, não foi incluída no grupo das doenças infecciosas.

Na faixa etária de 35 a 39 anos, dentre as 10 principais causa de mortalidade, aids surge em 1992; ocupou o 7.º lugar em 1994, 3.º lugar em 1995, 4.º lugar 1996, 6.º em 1997 e 8.º em 1998 (tabela 17).

TABELA 17 - MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 35 A 39 ANOS - 1987-1998

CAUSA BÁSICA	ANO DO ÓBITO											
	(coeficiente por 100.000 mulheres)											
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Doença Infecciosa	11,47	6,57	4,19	4,00	3,79	0,00	7,04	8,53	0,00	4,84	1,57	6,15
Neoplasias	41,29	63,54	39,77	37,99	37,90	43,62	52,82	32,40	39,61	33,90	39,31	58,45
Endoc. Metab. Imunit.	4,59	4,38	6,28	6,00	7,58	3,64	5,28	5,12	1,65	4,84	1,57	3,08
Sistema Nervoso	2,29	6,57	2,09	0,00	5,69	1,82	10,56	1,71	3,30	6,46	1,57	6,15
Circulatório	43,59	43,82	52,33	49,99	47,38	45,44	56,34	49,45	54,46	30,67	37,74	27,69
Respiratório	6,88	8,76	8,37	10,00	7,58	12,72	1,76	15,35	8,25	3,23	15,72	15,38
Digestivo	9,18	4,38	10,47	4,00	11,37	5,45	12,33	8,53	6,60	8,07	11,01	10,77
Gênito-urinário	0,00	6,57	0,00	8,00	1,90	9,09	5,28	5,12	1,65	0,00	4,72	1,54
Gravidez e Parto	2,29	4,38	8,37	4,00	1,90	3,64	1,76	3,41	3,30	6,46	1,57	3,08
Causas Externas	43,59	15,34	16,75	29,99	34,11	21,81	35,22	23,87	14,85	24,22	36,17	13,84
Aids	0,00	0,00	2,09	0,00	0,00	5,45	3,52	6,82	16,50	22,60	6,29	4,61
TOTAL	169,77	168,72	154,89	161,95	164,88	163,59	198,97	163,68	151,82	146,92	160,39	158,43

NOTA: Para fins de análise, aids foi separada das causas por grupo, não foi incluída no grupo das doenças infecciosas.

Na faixa etária de 40 a 44 anos, dentre as 10 principais causa de mortalidade, aids surge em 1990; apareceu em 4.º lugar em 1994 e em 5.º lugar 1996 (tabela 18).

TABELA 18 - MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 40 A 44 ANOS - 1987-1998

CAUSA BÁSICA	ANO DO ÓBITO											
	(coeficiente por 100.000 mulheres)											
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Doença Infecciosa	16,70	8,04	5,17	12,44	7,15	13,43	14,94	12,21	3,88	9,30	3,66	7,16
Neoplasias	75,13	85,79	64,57	59,73	59,56	67,14	66,17	40,69	60,10	76,22	54,91	68,04
Endoc. Metab. Imunit.	5,57	5,36	7,75	4,98	7,15	11,19	17,94	0,00	7,75	5,58	5,49	3,58
Sistema Nervoso	0,00	5,36	5,17	2,49	2,38	4,48	8,54	2,03	5,82	5,58	7,32	3,58
Circulatório	77,92	91,15	103,32	57,24	90,54	80,57	78,98	93,59	75,61	72,51	64,06	84,15
Respiratório	27,83	8,04	23,25	14,93	16,68	15,67	23,48	14,24	19,39	9,30	16,47	12,53
Digestivo	19,48	32,17	18,08	19,91	16,68	17,90	23,48	12,21	21,33	18,59	21,96	23,28
Gênito-urinário	5,57	10,72	2,58	4,98	9,53	6,71	6,40	6,10	7,75	0,00	9,15	8,95
Gravidez e Parto	0,00	2,68	7,75	2,49	0,00	2,24	0,00	2,03	3,88	1,86	1,83	1,79
Causas Externas	33,39	42,89	38,74	24,89	35,74	33,57	34,15	42,73	17,45	31,60	38,44	17,90
Aids	2,78	0,00	0,00	2,49	2,38	4,48	2,13	14,24	9,69	9,30	10,98	5,37
TOTAL	281,06	302,93	281,54	221,49	257,32	264,09	281,75	238,06	228,76	258,42	239,78	250,66

NOTA: Para fins de análise, aids foi separada das causas por grupo, não foi incluída no grupo das doenças infecciosas.

Na faixa etária de 45 a 49 anos dentre as 10 principais causa de mortalidade, aids surge em 1994 e ocupou o 7.º lugar em 1996 (tabela 19).

TABELA 19 - MORTALIDADE POR AIDS E OUTRAS CAUSAS EM MULHERES DE 45 A 49 ANOS - 1987-1998

CAUSA BÁSICA	ANO DO ÓBITO											
	(coeficiente por 100.000 mulheres)											
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Doença Infecciosa	6,98	23,73	16,47	12,79	6,18	12,37	16,49	5,23	4,97	12,00	11,70	13,73
Neoplasias	87,27	125,44	131,73	108,75	126,75	123,66	93,46	117,57	106,76	81,59	98,29	183,13
Endoc. Metab. Imunit.	13,96	20,34	3,29	12,79	12,37	9,27	19,24	28,74	27,31	26,40	16,38	16,02
Sistema Nervoso	13,96	6,78	6,59	0,00	9,27	6,18	10,99	7,84	9,93	7,20	7,02	2,29
Circulatório	164,07	166,13	164,66	166,33	148,39	123,66	131,94	125,41	139,04	136,79	138,07	119,03
Respiratório	10,47	50,86	16,47	12,79	30,91	6,18	30,24	10,45	17,38	19,20	30,42	25,18
Digestivo	24,44	37,29	29,64	15,99	18,55	24,73	19,24	28,74	14,90	28,80	28,08	20,60
Gênito-urinário	6,98	6,78	3,29	19,19	6,18	3,09	8,25	5,23	7,45	4,80	7,02	11,45
Gravidez e Parto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,48	0,00	2,34	0,00
Causas Externas	59,35	44,08	32,93	47,98	64,92	46,37	30,24	20,90	34,76	28,80	42,12	25,18
Aids	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,61	4,97	12,00	2,34	2,29
TOTAL	390,98	495,00	418,23	419,03	432,81	361,70	360,08	357,95	382,35	350,37	388,48	428,06

NOTA: Para fins de análise, aids foi separada das causas por grupo, não foi incluída no grupo das doenças infecciosas.

4.5.2 Evolução da Aids como Causa de Mortalidade

Tabulando-se apenas os óbitos por aids por faixa etária e ano de ocorrência, observa-se aumento dos coeficientes de mortalidade por 100.000 mulheres.

Na faixa de 15 a 19 anos, verificam-se índices baixos; houve redução de 53% na mortalidade de 1997.

Na faixa de 20 a 24 anos, aids surge em 1989 provocando aumento da mortalidade a partir de 1993, sendo que em 1995 houve crescimento de 193%, mas a partir de 1996 houve redução, que atingiu 35% em 1998.

Na faixa de 25 a 29 anos, aids surge em 1988 com pico de mortalidade em 1993, o maior crescimento ocorreu em 1992, 146%, houve redução da mortalidade em 1994 e 1996 e aumento nos dois últimos anos.

Na faixa de 30 a 34 anos, houve um crescimento da mortalidade de 337% em 1993, e redução de 51% em 1998.

Na faixa de 35 a 39 anos, observa-se o maior coeficientes de mortalidade do estudo de 22,60 por 100.000 mulheres em 1996; em 1997 e 1998 houve redução na mortalidade.

Na faixa de 40 a 44 anos, houve aumento na mortalidade de 567% em 1994 e redução de 51% em 1998.

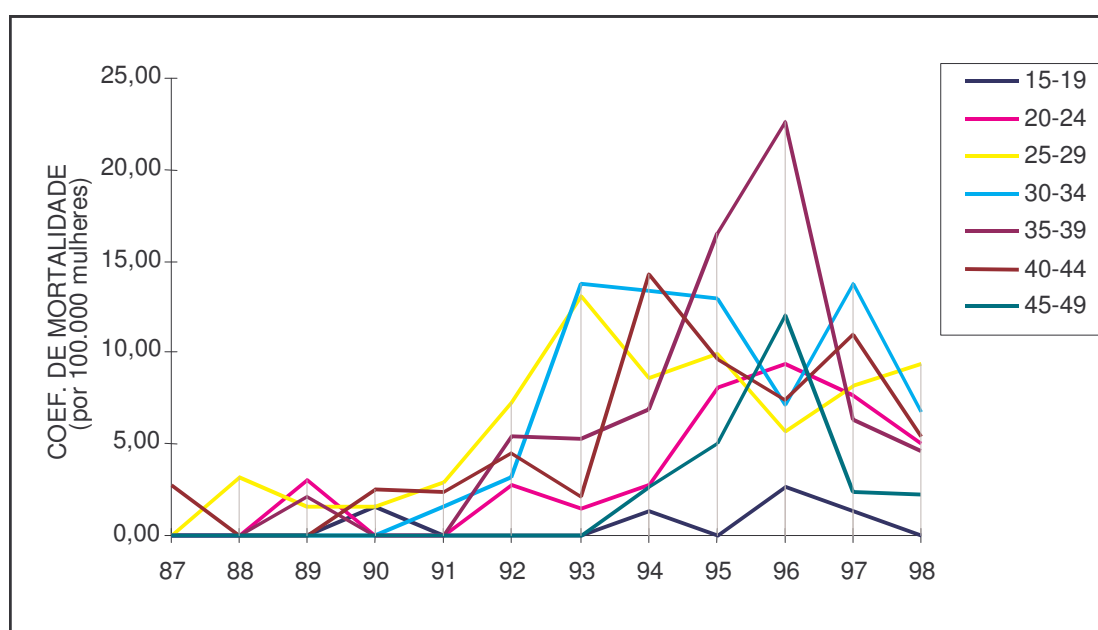
Na faixa de 45-49 anos, aids surge como causa de mortalidade a partir de 1994, com aumento de 141% em 1996 e redução nos dois últimos anos (tabela 20).

TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E ANO DA MORTALIDADE FEMININA POR AIDS

FAIXA ETÁRIA	COEFICIENTE (por 100.000 mulheres)											
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
15-19	0,00	0,00	0,00	1,53	0,00	0,00	0,00	1,37	0,00	2,63	1,26	0,00
20-24	0,00	0,00	2,99	0,00	0,00	2,84	1,39	2,73	8,01	9,40	7,70	5,02
25-29	0,00	3,21	1,57	1,53	2,97	7,33	13,04	8,59	9,89	5,70	8,20	9,36
30-34	0,00	0,00	0,00	0,00	1,64	3,15	13,79	13,40	13,01	7,16	13,80	6,75
35-39	0,00	0,00	2,09	0,00	0,00	5,45	5,28	6,82	16,50	22,60	6,29	4,61
40-44	2,78	0,00	0,00	2,49	2,38	4,48	2,13	14,24	9,69	7,44	10,98	5,37
45-49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,61	4,97	12,00	2,34	2,29

No gráfico 1 é possível visualizar melhor a evolução dos coeficientes de mortalidade por aids no decorrer do tempo por faixa etária.

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E ANO DA MORTALIDADE FEMININA POR AIDS



FONTE: Tabela 20

4.5.3 Impacto da Aids na Mortalidade Feminina

Comparando-se os coeficientes de mortalidade feminina devido a todas as causas e excluindo-se aids como causa de óbito, na faixa etária de 15 a 49 anos, no período de estudo, verifica-se que há diferença significativa ($p=0,002$) entre estes coeficientes. Ao agrupar-se as faixas etárias de maior incidência também pode-se observar significância: para o grupo de 20 a 34 anos $p<0,0001$ e para o grupo de 20 a 44 anos $p=0,001$ (tabela 21).

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO POR ANO E FAIXA ETÁRIA AGRUPADA DA MORTALIDADE FEMININA POR TODAS AS CAUSAS E EXCLUINDO AIDS

PERÍODO	COEFICIENTE (por 100.000 mulheres)					
	20 a 34 anos		20 a 44 anos		15 a 49 anos	
	Todas as Causas	Excluindo aids	Todas as Causas	Excluindo aids	Todas as Causas	Excluindo aids
1 987	62,74	62,74	144,56	144,17	138,07	137,78
1 988	83,72	82,63	166,74	165,98	161,06	160,50
1 989	60,39	58,79	142,91	141,45	134,25	133,17
1 990	67,86	67,34	140,54	139,83	137,22	136,43
1 991	71,08	69,55	151,52	150,15	145,48	144,71
1 992	68,79	64,34	141,82	137,17	132,58	129,35
1 993	77,15	67,93	155,61	148,51	145,33	139,58
1 994	66,08	58,00	134,52	125,72	128,71	121,96
1 995	74,00	63,77	134,24	122,92	130,03	121,67
1 996	66,67	59,21	125,98	115,38	125,48	116,77
1 997	66,21	56,37	132,84	123,48	130,65	123,96
1 998	55,13	48,13	145,39	139,10	133,91	129,90

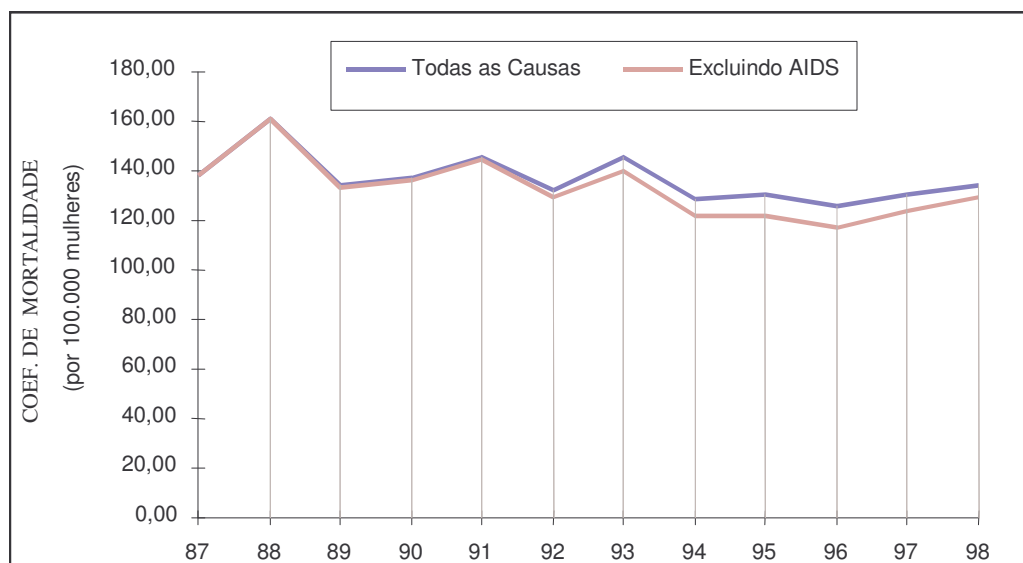
NOTA: De 20 a 34 anos → $t_p = 4,451$; $p < 0,0001^*$;

De 20 a 44 anos → $t_p = 4,322$; $p = 0,001^*$;

De 15 a 49 anos → $t_p = 4,074$; $p = 0,002^*$.

No gráfico 2 pode-se observar os coeficientes de mortalidade feminina para a faixa etária de 15 a 49 anos no decorrer do tempo comparando-se a mortalidade geral e excluindo-se aids. Aids aumentou a mortalidade geral feminina em 1% em 1989-91, 2% em 1992, 4% em 1993, 6% em 1994, 7% em 1995-96, 5% em 1997 e 3% em 1998. Este aumento da mortalidade devido a aids é representado pela queda na linha que corresponde à mortalidade, quando se exclui aids como causa de óbito.

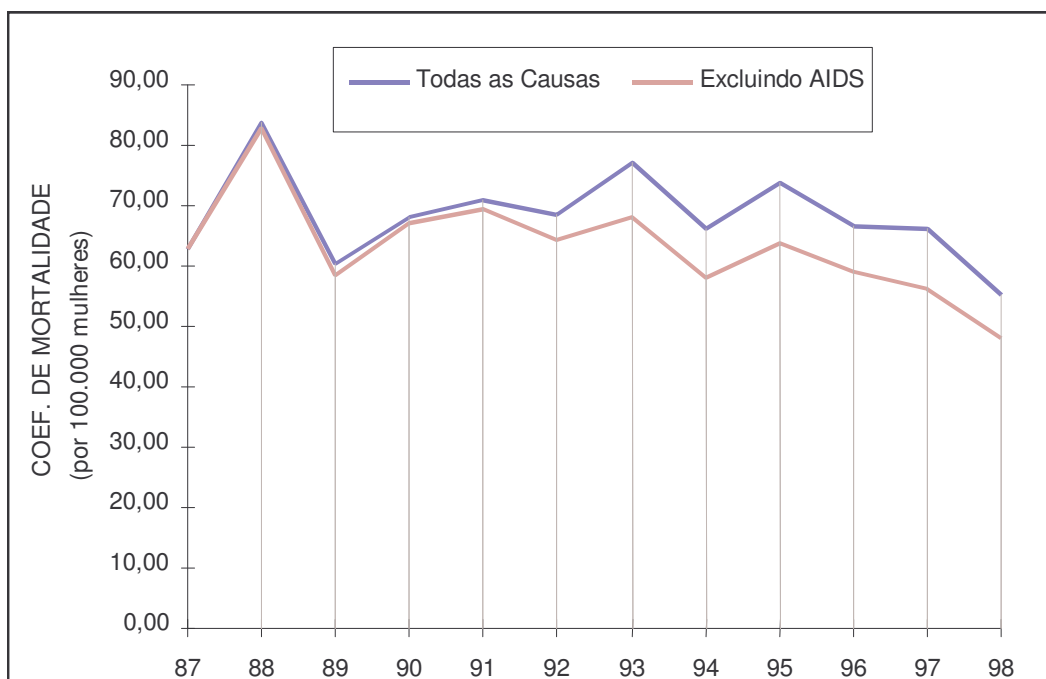
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO POR ANO DA MORTALIDADE FEMININA POR TODAS AS CAUSAS E EXCLUINDO AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 15 A 49 ANOS



FONTE: Tabela 21

No gráfico 3 observa-se a diferença dos coeficientes de mortalidade feminina para a faixa de 20 a 34 anos no decorrer do tempo e nota-se também crescimento na mortalidade feminina devido a aids. Para os anos de 1993 a 1998, este crescimento variou entre 13% a 17%, também representado pela queda na linha da mortalidade geral, quando se exclui aids como causa de óbito.

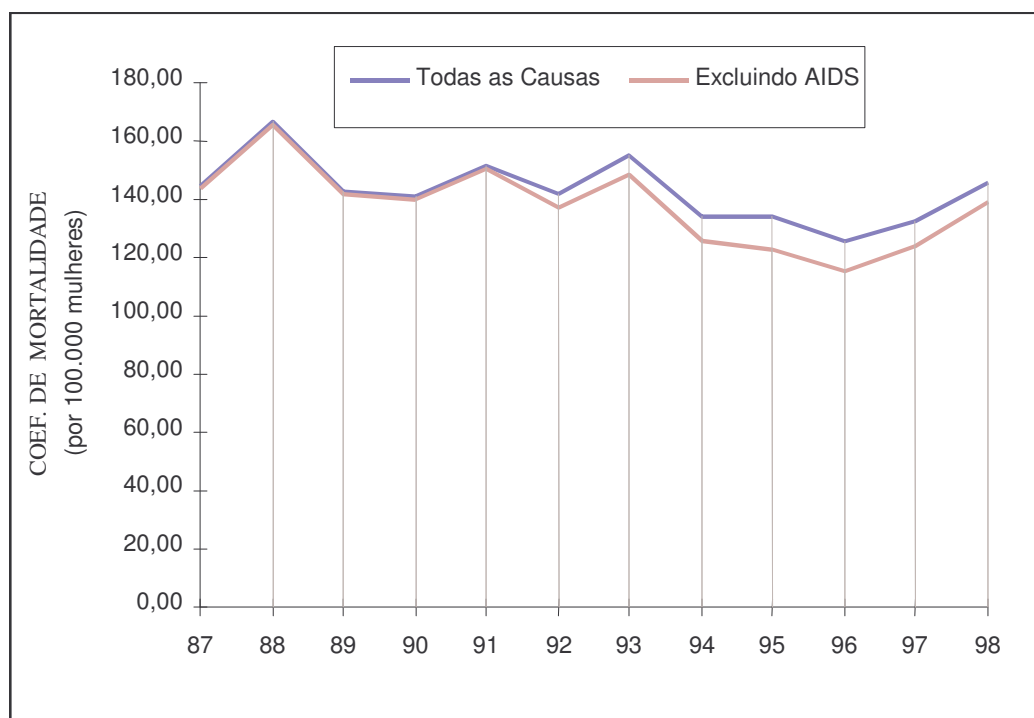
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO POR ANO DA MORTALIDADE FEMININA POR TODAS AS CAUSAS E EXCLUINDO AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 34 ANOS



FONTE: Tabela 21

No gráfico 4 observa-se a diferença dos coeficientes de mortalidade feminina para a faixa etária de 20 a 44 anos no decorrer do tempo e nota-se também crescimento da mortalidade feminina devido à aids; para os anos de 1993 a 1998 este crescimento variou de 5% a 9%.

GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO POR ANO DA MORTALIDADE FEMININA POR TODAS AS CAUSAS E EXCLUINDO AIDS, NA FAIXA ETÁRIA DE 20 A 44 ANOS



FONTE: Tabela 20

Na tabela 22 observam-se os coeficientes de mortalidade masculino e feminino distribuídos no decorrer do tempo, com todas as causas agrupadas e excluindo-se aids. Observa-se para o sexo masculino o mesmo fenômeno ocorrido no sexo feminino; mas com início mais cedo, verifica-se que houve maior incidência no sexo masculino ($p < 0,0001$) (tabela 22).

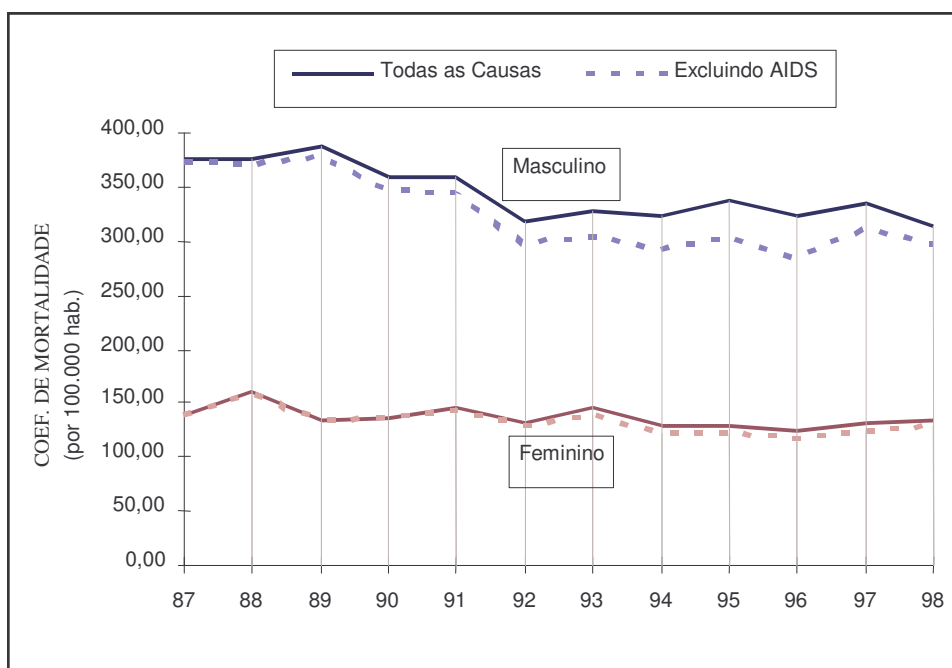
TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO E ANO DA MORTALIDADE POR TODAS AS CAUSAS E EXCLUINDO AIDS, DE 15 A 49 ANOS

PERÍODO	COEFICIENTE DE MORTALIDADE (por 100.000 habitantes)			
	Masculino		Feminino	
	Todas as Causas	Excluindo aids	Todas as Causas	Excluindo aids
1 987	375,10	372,89	138,07	137,78
1 988	376,34	371,11	161,06	160,50
1 989	386,85	379,34	134,25	133,17
1 990	358,79	347,67	137,22	136,43
1 991	359,65	345,17	145,48	144,71
1 992	317,61	299,46	132,58	129,35
1 993	328,55	303,05	145,33	139,58
1 994	322,76	293,11	128,71	121,96
1 995	337,07	304,82	130,03	121,67
1 996	323,81	285,43	125,48	116,77
1 997	334,75	310,89	130,65	123,96
1 998	312,74	295,94	133,91	129,90

NOTA: Fcalc = 303,97; p<0,0001; Masculino → tp = 5,717; p<0,0001.

No gráfico 5 observam-se as tendências da mortalidade masculina e feminina no decorrer do tempo comparando-se todas causas de mortalidade e excluindo-se aids, existe semelhança nas curvas. Para o sexo masculino, aids aumentou a mortalidade, no período de 1992 a 1998, de 6% a 13%, e para o sexo feminino este acréscimo variou de 2% a 7%, no mesmo período.

GRÁFICO 5 - MORTALIDADE POR TODAS CAUSAS E EXCLUINDO AIDS, COMPARAÇÃO ENTRE SEXOS NO PERÍODO DE 1987-1998



FONTE: Tabela 22

5 DISCUSSÃO

A epidemia de aids é um problema de saúde pública em todo mundo e tem grande impacto nas mortes prematuras, levando a efeitos negativos na dinâmica das populações em diversos países, principalmente nos países em desenvolvimento.

No Brasil observa-se hoje uma epidemia em expansão com tendência à disseminação para a população geral, principalmente entre aqueles com menor renda e menor escolaridade. Cresce a participação na forma de contágio heterossexual e UDI. As mulheres vêm sendo crescentemente atingidas pela aids em todo território nacional (BASTOS e BARCELOS, 1995).

No âmbito familiar e relacional, freqüentemente, observa-se tendência no papel feminino de inferioridade e submissão diante do comportamento de seus companheiros. As informações de saúde veiculadas ainda não transmitem com clareza questões específicas relacionadas à infecção, ao tratamento e ao avanço da doença em mulheres (GUIMARÃES, 1996).

A gravidez é um acontecimento do mundo feminino que também fará parte da situação da mulher portadora do HIV, porque difunde a evolução da epidemia da aids aos próprios filhos.

Entender a epidemiologia da infecção pelo HIV/aids em mulheres é essencial para se desenvolver melhores estratégias de saúde pública e alocação de recursos mais efetivos para prevenir a progressão do HIV nas mulheres e nas crianças.

As causas de óbito ou os dados de mortalidade são usados comumente para averiguar o impacto de diferentes doenças e condições de saúde de uma população. O estudo da mortalidade, por meio da DO, tem sido um dos meios mais valiosos na análise da dinâmica da epidemia da aids (HARDY et al., 1987; HESSOL et al., 1992). Este foi o instrumento usado neste estudo para avaliar o impacto da infecção HIV/aids na mortalidade de mulheres de 15 a 49 anos, idade reprodutiva, no município de Curitiba, no período de 1.º de janeiro de 1987 a 31 de dezembro de 1998.

Faz-se necessário um esclarecimento referente aos sistemas de informação em saúde e a vigilância epidemiológica no Brasil. A Rede Nacional de Informação em Saúde (RNIS) opera com cinco grandes sistemas de informação que são: Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O SIM foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975 e vem sendo amplamente usado com o apoio do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD). Sua implantação foi feita usando como fonte de informação a Declaração de Óbito (DO), e sua informatização se deu na década de 1990.

O SINAN foi criado em 1990 com o objetivo de coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornecendo informações para análise do perfil de morbidade, contribuindo para a tomada de decisões nos níveis federal, estadual e municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Guia de Vigilância Epidemiológica, 1998).

Quando surgiram os primeiros óbitos por aids, não existia um código específico para esta doença, e por essa razão, era incluída segundo o CID-9, no grupo III - doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e metabolismo e transtornos imunitários, com o número 279.1: "*Deficiência da imunidade celular*". Até 1995, este foi o código que representava a aids. Em 1996, o CID-10 foi adotado pelo Ministério da Saúde para codificação de doenças e causas de mortalidade. Nesta nova revisão do CBCD a aids é denominada doença do HIV, classificada no capítulo 1 - algumas doenças infecciosas e parasitárias da seguinte forma: B20 - Doença pelo HIV resultando em doenças infecciosas e parasitárias; B21 - Doença pelo HIV resultando Neoplasias Malignas; B22 - Doença pelo HIV resultando em outras doenças especificadas; B23 - Doenças pelo HIV resultando em outras doenças; B24 - Doença pelo HIV não especificada.

Com objetivo de impedir que esta mudança de grupo e classificação da aids interferisse nos resultados do estudo analisou-se aids separadamente, além de fazer uma adaptação dos grupos do CID-10 para o CID-9, não deixando assim que a aids modificasse a incidência das doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e imunitárias até 1995 ou das doenças infecciosas e parasitárias de 1996 a 1998.

Neste estudo a investigação teve origem nos dados de mortalidade contidos no SIM e conferência com dados do SINAN. De um total de 6.901 óbito femininos registrados no período de 1987 a 1998, foram revisadas 496 DO e foi confirmada infecção pelo HIV/aids em 233 DO, sendo 29 descartadas por não pertencerem ao município de Curitiba, mas sim à sua região metropolitana. Quando comparados os nomes das listas do SIM e SINAN, identificaram-se 14 casos com DO no SIM, que não estavam relacionados no SINAN, e 14 casos apresentados pelo SINAN cuja DO não constava no SIM.

O índice de subnotificação encontrado, para o período de 1987 a 1998, foi de 6,4%, sendo inferior aos índices relatados por LEMOS e VALENTE (2001) em estudo feito no Rio de Janeiro com 51,9% de subnotificação, quando compararam os casos do SIM e SINAN, e FERREIRA e PORTELA (1999) que, comparando as informações do SIH e o SINAN para o município do Rio de Janeiro em 1996, encontraram 42,7% de subnotificações. O baixo índice de subnotificação obtidos em Curitiba se deve, provavelmente, ao fato de os serviços do SIM e SINAN funcionarem no mesmo andar e prédio da SMS, o que facilita a troca de informações. Toda DO em que conste doença sugestiva de imunossupressão ou menção a infecção por HIV/aids é revisada e repassada para a pessoa responsável pelo SINAN, que verifica se o caso já foi notificado, e esta troca de informação é rápida e direta. HARDY et al. (1987), HESSOL et al. (1992), JORDANA et al. (1995) destacaram a importância da revisão das declarações de óbito e conferência dos registros de casos para melhorar as informações, avaliar a prevalência e incidência da infecção pelo HIV/aids aumentando-se a sensibilidade na avaliação do impacto da infecção pelo HIV/aids na mortalidade.

Em Curitiba, ao comparar-se os dados presentes na DO com os dados do SINAN, observou-se que 57% dos casos em que não havia referência a infecção pelo HIV/aids ocorreram nos primeiros anos da epidemia (1987-1992). Situação esta também observada por CHU et al. (1993), que mostraram melhora nas informações contidas na DO com o passar do tempo, com o índice de omissão de HIV/aids na DO caindo de 54,3%, no período de 1983 a 1986, para 18,9% de 1987 a 1989.

HESSOL et al. (1992) levantaram algumas possibilidades para o preenchimento incorreto da DO, são elas: desconhecimento do correto preenchimento da DO; intencional, para proteção do sigilo; causa de óbito não relacionada à infecção pelo HIV ou desconhecimento dos antecedentes mórbidos pessoais do paciente.

Neste estudo quando foram avaliadas as principais causas de óbito segundo dados da DO a principal citação foi SIDA como dado isolado, aparecendo em 21,6% dos casos. É interessante este fato pois no Brasil a denominação aids é mais popular, inclusive a palavra já foi incorporada à língua portuguesa, ao contrário da sigla SIDA. Mas nas declarações isso não foi observado, talvez o médico, ao colocar outra sigla, menos usual, pretendesse amenizar o trauma social desencadeado pela aids na família.

Os médicos devem estar conscientes de que a qualidade e confiabilidades de suas anotações, como o preenchimento de fichas de notificação e declaração de óbito, são muito importantes e podem afetar a distribuição de recursos e a estimativa de necessidades futuras para população em geral e para os indivíduos infectados pelo HIV.

A aids como causa de mortalidade feminina vem sendo descrita desde o final dos anos 80 em várias regiões do mundo. No México, de 1983 a 1992 a mortalidade feminina por aids quintuplicou, com maior incidência na faixa de 25 a 44 anos (LICEA et al., 1995). Na Espanha, no ano de 1993, aids foi a segunda causa de óbitos femininos na faixa de 25 a 44 anos (CASTILLA et al., 1997). No Canadá, aids liderou as causas de hospitalização e mortalidade, na faixa de 25 a 44 anos, no ano

de 1994 (WEBER e HOGG, 1999). No Brasil, a mortalidade feminina por aids cresceu 485% entre 1987 e 1989 para a faixa de 25 a 35 anos (LOWNDES et al., 2000).

Em Curitiba também observou-se o mesmo fenômeno. O crescimento da mortalidade feminina por aids teve início na década de 1990 com o maior crescimento registrado de 1991 a 1992 (319%), atingindo o ápice de mortalidade feminina por aids no ano de 1996, com coeficiente de mortalidade por 100.000 mulheres de 8,71, superando o coeficiente registrados para a região Sul, que foi 5,56. Nos anos de 1997 e 1998 houve redução na mortalidade feminina por aids, com diferença significativa quando comparada à queda de mortalidade para o sexo masculino. Os coeficientes de mortalidade feminina observados em Curitiba foram sempre maiores que os registrados na região Sul como um todo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000b).

Pode-se observar, neste estudo, que a razão de óbitos por aids masculinos/femininos foi diminuindo com relação ao tempo. Em 1990 era de 12,7:1, semelhante aos países industrializados (HEALTH et al., 1998), chegando a 3:1 nos anos 1997 e 1998, aproximando-se dos índices africanos (BOERMA, NUNN e WHITWORTH, 1998). Esta diminuição foi observada também em todo Brasil com a mesma razão 3:1 para os anos de 1997 e 1998 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000b). Embora a taxa de mortalidade por aids em mulheres seja menor que em homens, a diferença tende a ser substancialmente maior nos países industrializados. A proporção de mortalidade masculino/feminino é de 5:1 na Espanha e Itália, 9:1 nos EUA, 10:1 na Alemanha, 15:1 no Canadá (HEALTH et al., 1998).

Com relação ao local onde ocorreu o óbito, em Curitiba, houve diferença significativa quanto aos óbitos hospitalares (88,1%), sendo que, destes, 84,3% ocorreram em três hospitais, Hospital Osvaldo Cruz, Hospital de Clínicas da UFPR e Hospital do Trabalhador, que são as referências para internações de HIV/aids, pela rede pública de saúde; apenas 7,3% dos óbitos foram domiciliares. A tendência de os óbitos dos pacientes com HIV/aids ocorrerem predominantemente em hospitais de referência é semelhante à realidade encontrada tanto nos países industrializados,

como Canadá (WEBER e HOGG, 1999), quanto em países subdesenvolvidos da África (LUCAS et al., 1993).

Com relação à idade observou-se maior incidência de óbitos femininos na faixa de 20 a 34 anos com 59,1% dos casos, sendo a média da idade 32,3 anos (mediana de 32), mais jovens que no México, com média de idade de 35,1 (LICEA et al., 1995) e 1 ano mais velhas que na Espanha, média de idade 31 anos (CASTILLA et al., 1997).

Quando se compara a idade dos óbitos femininos *versus* masculinos, no município de Curitiba, observa-se uma leve tendência para as mulheres morrerem mais jovens, 32,2 anos X 33,7 anos ($p=0,0642$). Esta tendência foi observada na Espanha, 31 anos X 34 anos, mas não se fez presente no México, 35,1 anos X 35,4 anos (LICEA et al., 1995; CASTILLA et al., 1997). Sugere-se que este fato decorra da situação de risco das mulheres, predominantemente sexual, e que, culturalmente, na maioria das sociedades, as mulheres se relacionam com homens mais velhos (GUIMARÃES, 1996).

O óbito de pessoas jovens provocado por aids contribuiu para diminuição da expectativa de vida em várias regiões do mundo (CDC, 1996b; BOERMA, NUNN, WHITWORTH, 1998). GOTLIEB, CASTILHO e BUCHALLA (2000), em estudo sobre o impacto da aids na esperança de vida no Brasil, para o ano de 1996, mostraram uma perda de 0,31 ano vida, quando avaliaram ambos os sexos para todo o Brasil. Para o município de São Paulo, no sexo masculino, a perda de vida foi de 1,04 anos.

Com relação à ocupação, optou-se por classificar em grupos afins como comércio, indústria, serviços gerais, prestadores de serviços, do lar e trabalhadoras do sexo, este separadamente devido à sua importância na cadeia epidemiológica da aids. Foi encontrada a maioria das mulheres do lar, com 46,8%, contra apenas 4,6% de trabalhadoras do sexo. Em estudo de incidência de aids em mulheres, em São Paulo, com relação à ocupação, 37,2% eram do lar e 3,9% trabalhadoras do sexo (SANTOS, 1996). No Rio de Janeiro, 33,9% das mulheres são do lar e 6,7% trabalhadoras do sexo (KOIFMAN et al., 1991). No México, as donas de casa

representam 58,2% das mulheres que morreram devido a HIV/aids (LICEA et al., 1995). Este fato reforça a idéia de que não é a ocupação que define o risco de infecção pelo HIV, principalmente para as mulheres, embora, por muito tempo, tenha prevalecido a idéia de que só as trabalhadoras do sexo adquiriam esta doença.

Com relação ao estado civil, a maioria das mulheres, 46,8%, era solteira, 22,5% casadas, 13,3% viúvas e 9,2% separadas, resultado este semelhante ao encontrado em São Paulo (SANTOS, 1996). É interessante observar que em aproximadamente 10% das mulheres cujo estado civil legal era solteiro, ao se avaliar o risco para infecção pelo HIV/aids, o risco constituía seu único parceiro, o que sugere um relacionamento estável mais compatível com estado civil de casada.

Com relação ao número de filhos, na maioria dos prontuários esta informação estava presente na entrevista do serviço social e não junto à história clínica, o que parece indicar que a paridade é um fato sem importância na história clínica da mulher.

A informação do número de filhos só foi obtida em 23,85% dos casos, equivalendo a uma média de 2,12 filhos por mulher. Se esta média for extrapolada para toda a população do estudo, seriam 462 órfãos, o que corresponderia a 18,6% do número de órfãos calculado por SZWARCOWALD, ANDRADE e CASTILHO (2000) para a região Sul. Para o Brasil, no período de 1987 a 1998, o número acumulado de órfãos da aids é de 30.000.

Quando se pensa em aids, é importante avaliar o grau de escolaridade pois ele revela indiretamente o nível social, a capacidade de entendimento da doença, riscos, aderência ao tratamento, acesso à assistência médica, entre outros fatores. BASTOS e BARCELOS (1995) mostraram que no Brasil as mulheres atingidas pelo HIV, na sua maioria, possuem baixa escolaridade, residem na periferia e não têm acesso aos serviços básicos de saúde e à informação.

Em Curitiba, quando se avaliou o grau de escolaridade com relação ao tempo, observou-se crescimento dos óbitos por aids em todos os níveis de escolaridade. Não foi possível diferenciar a escolaridade completa de incompleta pois no período de

estudo esta diferenciação não existia na DO nem na FIE. Destaca-se o aparecimento de óbito em mulheres analfabetas a partir de 1994, com um aumento dos óbitos também em mulheres com 2.º grau e nível superior, sendo o predomínio de mulheres com 1.º grau. Esta evolução na distribuição dos casos difere do padrão nacional. A epidemia da aids no Brasil iniciou nos estratos sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação para os estratos sociais de menor escolaridade, com um maior risco de contaminação entre as mulheres de menor escolaridade (FONSECA et al., 2000). Dos casos com escolaridade conhecida em 1982 todos tinham curso superior, já em 1999/2000 do total com escolaridade conhecida 74% eram indivíduos analfabetos ou com 1.º grau incompleto (MS boletim 2000a).

Quando se refere à forma da transmissão da aids em mulheres, existem diferenças significativas. Como a maior distribuição está na faixa etária de 20 a 40 anos, configurando uma fase da vida sexualmente ativa e reprodutiva, traz como consequência, o crescente número de casos em crianças devido à transmissão perinatal (CHIN, 1990).

Ao investigar-se a categoria de exposição para HIV/aids, em Curitiba, em 55 casos (25,2%) não foi possível identificar, ficando como ignorado, índice este superior ao encontrado por SANTOS (1996) no município de São Paulo, no período de 1983-1992, que foi de 6,7%. Para todo o Brasil, o risco ignorado varia de 19,1% a 31% (BRASIL, 2001). A alta porcentagem de risco ignorado justifica-se pelo fato de na investigação questionar-se sobre a sexualidade, uso de drogas, número de parceiros e situações, muitas vezes ilegais, não reveladas ou percebidas pelo paciente. Situação esta que requer um bom relacionamento médico-paciente para se ter dados mais fidedignos (SANTOS e MUNHOZ, 1996).

Deve-se destacar ainda que muitas vezes não existe a percepção de risco para infecção pelo HIV/aids. BARBACCI, REPKE e CHAISSON (1991), em estudo feito em serviço de pré-natal em Baltimore, mostraram que apenas 57% das gestantes soropositivas tinham consciência do seu risco para infecção pelo HIV/aids. Após orientação e aconselhamento, este número cresceu para 87%, e ainda restaram

13% de gestantes que, mesmo com orientação, não percebem ou sabem qual o seu risco para infecção pelo HIV/aids.

As mulheres são biologicamente mais suscetíveis à infecção pelo HIV durante o ato sexual do que os homens. PADIAN et al. (1997), em estudo prospectivo de casais discordantes, mostraram maior eficácia na transmissão do homem para mulher na proporção de 8:1. Para a mulher às vezes é difícil saber o risco do parceiro, principalmente, quando este é UDI ou bissexual. Nos relacionamentos casuais também é muito difícil saber se o parceiro tem comportamento de risco ou não (GUINAN e HARDY, 1987).

Em Curitiba, observou-se em 38 casos (17,4%) mais de uma situação de risco. Em 68 casos (31,2%) as mulheres tinham parceiro único, 63 casos (28,9%) múltiplos parceiros, 56 casos (25,7%) UDI e 14 casos (6,4%) transfundidas. Esta realidade difere da norte-americana, para a qual, na revisão dos primeiros 200 casos de aids em mulheres, CARPENTER et al. (1991) mostraram 63% de UDI, 35,5% heterossexual, sendo desta 70% com parceiro único. Esses dados já alertam para o fato de o número de parceiros não ser um fator de importância epidemiológica para a transmissão heterossexual de HIV como se pensou no início da epidemia (GUIMARÃES, 1996).

Quando se agrupou o risco em grandes categorias, 60,1% dos casos tiveram risco sexual, por isso optou-se por analisar também o risco do parceiro. A situação de risco do parceiro sexual foi ignorada em 44,5% dos casos e em 30 casos (13,8%) o parceiro era sabidamente HIV +, mas com risco ignorado. Em estudos norte-americanos a taxa de parceiro com risco ignorado foi semelhante, variando de 16% a 53% (GUINAN, HARDY, 1987; WORTLEY, FLEMING, 1997). A história de parceiro UDI foi encontrada em 34 casos (15,6%), índice este inferior ao norte-americano, que variou de 67% a 38% (GUINAN, HARDY, 1987; WORTLEY, FLEMING, 1997), e de São Paulo, que foi de 26,3% (SANTOS, 1996). O relato de bissexualidade foi encontrado em 13 casos (6%), semelhante aos achados norte-americanos (GUINAN, HARDY, 1987; WORTLEY, FLEMING, 1997).

Quando agrupadas as categorias de exposição, comparando-se os 4 grandes grupos com relação à distribuição por sexo, observou-se o predomínio da categoria de exposição sexual tanto para o sexo feminino quanto para o sexo masculino (60,1% feminino e 61,2% masculino). Ao comparar-se a categoria UDI, houve maior incidência no sexo feminino (25,7%) que no sexo masculino (18,5%). Este fato difere do que vem sendo observado no Brasil, onde, nos últimos 5 anos, o UDI predomina no sexo masculino quando comparado ao feminino (BRASIL, 2001).

No conjunto das infecções oportunistas citadas como causa de óbito, na DO, pneumonia não especificada (16%) e PCP (11,5%) foram as mais freqüentes, seguidas de tuberculose (9,2%), toxoplasmose (8,7%), criptococose (7,3%) e sepsis (6,0%). Este padrão de distribuição é semelhante ao norte-americano, no qual aparecem PCP, pneumonia, toxoplasmose, criptococose, MAC, sepsis, nesta seqüência (CARPENTER et al., 1991), diferindo apenas quanto à incidência de tuberculose, que em Curitiba apareceu em 3.º lugar, lembrando o perfil de distribuição africano, cujas principais causas de óbito são tuberculose 32%, sepsis 11% e toxoplasmose 10% (LUCAS et al., 1993). Encefalite foi citada em 3 casos, leucoencefalopatia em apenas um caso, diferindo da Inglaterra onde as causas de óbito mais freqüente são encefalopatia (33%), MAC (23%), PCP (21%), CMV (21%) (DORRELL, SNOW, ONG, 1995).

Em nenhum dos óbitos foi realizado necrópsia, a doença citada na DO foi sempre baseada em achados clínicos. Em 21% dos casos o óbito ocorreu nos primeiros 10 dias de internação, período considerado curto para uma investigação etiológica adequada. DUCH et al. (1998), em estudos de necrópsia de pacientes falecidos por HIV/aids, encontram agente etiológico das infecções oportunistas em 58,1% dos casos estudados. Provavelmente, se em Curitiba os dados da DO fossem baseadas em necrópsia, as informações referentes a infecções oportunistas seriam mais precisas e diferentes das encontradas.

Com relação ao tempo de evolução para aids ou período de incubação, com o decorrer do tempo, em função do maior conhecimento e acompanhamento da

história natural da doença, as informações foram mudando; de doença mortal com sobrevida curta no início da epidemia (GOTTLIEB et al., 1981) a aids passou a doença crônica na era de terapia anti-retroviral (ANDERSON e MITCHELL, 2000).

Em 1987, ROTEMBERG et al. mostraram que a sobrevida seria influenciada por diversos fatores, como primeiras manifestações clínicas, categoria de exposição, sexo, raça, idade. Como fatores desfavoráveis citavam o sexo feminino, raça negra, UDI e primeira manifestação clínica PCP.

Em 1991, FRIEDLAND et al. observaram que o tempo de sobrevida estaria ligado à doença oportunista definidora de aids e a idade. Para o sexo masculino e mais jovens, sobrevida maior; para o sexo feminino e mais velhos, sobrevida menor. Este fato também foi observado por MARIOTTO et al. (1992), CARRÉ et al. (1994) e ROSENBERG, GOEDERT e BIGGAR (1994), que mostraram claramente que quanto mais tarde se adquire o vírus HIV menor é o tempo de incubação, independente da categoria de exposição.

LEPRI et al. (1994) comparando o risco de progressão para aids, óbitos por aids ou contagem de CD4 $<200 / \text{mm}^3$, não observou diferença significativa entre os sexos. Apesar de a progressão para aids parecer levemente mais lenta nas mulheres.

MELNICK et al. (1994) demonstraram risco aumentado de óbito para mulheres quando comparado aos homens. Sugerem ainda que seus achados podem refletir acesso diferenciado aos serviços de saúde, baixo nível sociocultural, menor uso de terapia anti-retroviral e profilaxia para PCP, enfim, menor suporte para mulheres quando comparadas aos homens. Esta suspeita foi confirmada em estudo de 1995, que indica que embora existam manifestações clínicas específicas ao gênero a progressão clínica é similar em homens e mulheres que recebem tratamento clínico semelhante (CHAISSON; KERULY; MOORE, 1995).

Em Curitiba, o tempo médio de sobrevida, após o diagnóstico de aids, foi de 8,5 meses para mulheres e 9,8 meses para os homens, não havendo significância. Dado semelhante foi encontrado por FRIEDLAND et al. (1991), em Nova York, no início da epidemia da aids, 1981-1987. Quanto ao tempo médio de

sobrevida houve semelhança da evolução da aids em Curitiba com a evolução nos EUA, embora com 10 anos de atraso em função do tempo de introdução do vírus na comunidade. Comparando-se com o Rio de Janeiro, registrou-se maior sobrevida nesta cidade com 11 meses para mulheres e 20,4 meses para homens (SANTORO-LOPES et al., 1998).

Ao avaliar a sobrevida considerando-se períodos distintos, observou-se que 27,5% das mulheres faleceram dentro dos primeiros 30 dias de diagnóstico de aids. Este fato se aproxima dos dados encontrados na África, onde a mortalidade por aids é de 38%, na primeira internação, com sobrevida de 1 semana, mostrando que os pacientes chegam ao hospital com doença avançada em fase terminal (LUCAS et al., 1993). Em 49,1% dos casos, o óbito ocorreu nos primeiro 6 meses de doença.

Muitas vezes nem o médico nem a paciente pensam que suas manifestações clínicas podem estar relacionadas à aids, afinal, a paciente é uma mulher casada, com parceiro único e do lar. Isso leva à procura tardia de assistência médica e diagnóstico tardio, e isso foi possível de ser verificado em 10 casos. Na história clínica das pacientes apareciam relatos de doenças freqüentes no período de latência da aids como tuberculose, herpes zoster e diarreia crônica, que não foram devidamente investigadas, provavelmente pelo fato de as pacientes não pertencerem aos conhecidos grupos de risco. Esta falta de investigação pode ser mensurada quando se compara o tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, sorologia positiva, e o tempo de diagnóstico de aids. O diagnóstico de HIV foi, em média, pelo menos um mês anterior ao diagnóstico da aids, que, apesar de estatisticamente ter significância, quando se considera o período de incubação da aids, mostra diagnóstico tardio (LEPRI et al., 1994).

A introdução da terapia anti-retroviral, dos inibidores de protease, e o melhor conhecimento da aids têm reduzido a mortalidade em todo o mundo. Na Inglaterra observou-se queda na mortalidade com uso de terapia com AZT, profilaxia para PCP e melhor conhecimento técnico da doença (DORRELL, SNOW e ONG, 1995). Nos EUA houve queda de 23% na mortalidade de 1995 a 1996 em todas as

regiões, raças e sexos, mostrando o impacto das novas terapias anti-retrovirais (CDC, 1997). Em estudo feito com pacientes de vários países da Europa, houve uma redução na mortalidade de 1995 a 1998, queda esta maior para os pacientes que faziam uso de terapia tripla, com inibidores de protease (MOCROFT et al., 1998). ANDERSON e MITCHELL (2000) mostraram que também houve redução da mortalidade por HIV/aids com a introdução de terapia anti-retroviral na Flórida e observaram diferença com relação ao acesso à medicação, tendo as mulheres menor acesso, implicando menor sobrevida.

No Brasil, o uso de drogas anti-retrovirais iniciou em 1987 com o AZT, sem distribuição gratuita e, portanto, beneficiando apenas aqueles pacientes que tinham condições financeiras para compra; dessa forma não apresentou grande repercussão na taxa geral de sobrevida. Outras drogas anti-retrovirais foram sendo introduzidas no uso clínico gradativamente e distribuídas gratuitamente, mas com irregularidade no fornecimento, conforme observada neste estudo mediante o levantamento de fornecimento de medicação feito nos prontuários do Centro Regional Metropolitano. A distribuição de medicamentos de forma universal e gratuita, incluindo todas as classes de anti-retrovirais, só se deu no ano de 1996 (BRASIL, 2000b). Neste estudo não foram separadas as drogas por nome e sim como monoterapia ou terapia dupla, para os inibidores de transcriptase reversa e inibidor de protease isoladamente, devido à irregularidade no fornecimento da medicação. Como o período do estudo foi de 1987 a 1998, a maioria das pacientes (60,1%) não fez uso de terapia específica. Observou-se uma sobrevida maior nas pacientes que fizeram uso de terapia com média de 15,3 meses contra 5 meses para as que não usaram terapia específica, semelhante aos dados encontrados por LEMP et al. (1992), demonstrando uma sobrevida de 19,2 meses para os que faziam uso de terapia contra 6,4 meses para quem não fazia uso. O tempo de uso de terapia variou de 1 mês a 25 meses, sendo que as pacientes que usaram por mais tempo iniciaram com monoterapia passando para terapia dupla e, posteriormente, para inibidores de protease. Como em Curitiba, assim como no Brasil, o acesso à

medicação é gratuito e universal, e o uso de terapia esta relacionado com aumento da sobrevida (LEMP et al., 1992); ao se comparar a sobrevida média entre os sexos não foi observada diferença significativa.

Quando se compara aids com outras causas de mortalidade distribuídas nos grandes grupos, para a faixa etária de 15 a 49 anos, por se tratar de um grupo etário muito abrangente, aparecem patologias de maior importância e prevalência, tais como as doenças neoplásicas, doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças do aparelho respiratório e digestivo. Mesmo assim já se pode observar aids ocupando o 4.º lugar como causa de mortalidade nos anos de 1995 e 1996 com coeficiente de mortalidade de 11,93 e 12,72, por 100.000 mulheres, respectivamente. Estes coeficiente encontrados em Curitiba são inferiores aos do município de Campinas, onde os coeficientes de mortalidade por aids de mulheres em idade fértil (10-49 anos), para o período de 1985 a 1994, variaram de 2 a 7 por 100.000 mulheres (FAÚNDES, PARPINELLI e CECATTI, 2000).

Devido à grande variabilidade de causas de mortalidade na faixa etária de 15 a 49 anos, optou-se por discutir os resultados separando-os por faixas etárias de 5 em 5 anos.

Na faixa etária de 15 a 19 anos a principal causa de mortalidade são causas externas nas quais estão incluídos os acidentes, homicídios, envenenamentos, entre outros. A 2.ª causa de mortalidade são as doenças neoplásicas seguidas das doenças relacionadas ao parto e à gravidez, doenças respiratórias e do sistema nervoso alternando suas posições ano a ano. Para este grupo, aids surge em 6.º lugar como causa de óbito em 1994 chegando ao 4.º lugar em 1996.

Na faixa etária de 20 a 24 anos, a principal causa de mortalidade continua sendo causas externas, em 2.º lugar alternam as doenças relacionadas ao parto e à gravidez, respiratórias e neoplásicas. Aids surge em 1992 como causa de óbito e já ocupa o 2.º lugar em 1995 e 1996, com coeficiente de mortalidade de 8,01 e 9,40 por 100.000 mulheres, respectivamente. Quando se estuda a história natural da aids verifica-se um longo período de incubação, média de 10 anos (LEPRI et al., 1994),

por isso os óbitos na faixa etária de 15 a 24 anos levam a pensar que estas mulheres adquiriram o vírus HIV em idade muito precoce.

Na faixa etária de 25 a 29 anos, a principal causa de mortalidade ainda são causas externas, com as doenças neoplásicas e circulatórias alternado o 2.º lugar. Aids surge em 1988 e a partir de 1992 já figura entre as 5 principais causa de mortalidade, ocupando o 2.º lugar em 1995 e 1998, com coeficiente de mortalidade de 9,89 e 9,36 por 100.000 mulheres, respectivamente.

Na faixa etária de 30 a 34 anos, observa-se alternância entre doenças neoplásicas, circulatórias e causa externas como principal causa de mortalidade. Aids surge em 1991 e em 1997 ocupa o 3.º lugar, com coeficiente de mortalidade de 13,80 por 100.000 mulheres.

Na faixa etária de 35 a 39 anos, a principal causa de mortalidade foram as doenças circulatórias até 1995, sendo substituído pelas doenças neoplásicas a partir desse ano. Aids surge em 1992 e ocupa o 3.º lugar em 1995 e 4.º lugar em 1996, com coeficiente de mortalidade de 22,60 por 100.000 mulheres. Este coeficiente é próximo do maior coeficiente de mortalidade brasileiro, para o sexo masculino, que foi de 22,98 por 100.000 homens em 1995, e 2,5 vezes maior que o maior coeficiente de mortalidade brasileiro, para o sexo feminino, que foi de 6,55 por 100.000 mulheres em 1996 (BRASIL, 2000). Em Barcelona, cidade com um dos maiores índices de mortalidade por aids na Europa, o coeficiente de mortalidade por aids em mulheres de 15 a 34 anos, no ano de 1993, foi de 18,25 por 100.000 mulheres (MONTELLA et al., 1997), inferior ao encontrado em Curitiba para a faixa etária de 35 a 39 anos.

Na faixa etária de 40 a 44 anos a principal causa de mortalidade são as doenças circulatórias seguidas das neoplasias. Aids surge em 1990 e ocupa o 4.º lugar em 1994 com coeficiente de mortalidade de 14,24 por 100.000 mulheres, superando a cidade de São Paulo, nesta faixa etária onde o coeficiente foi de 13,8 por 100.000 mulheres (HADDAD e SILVA, 2000).

Na faixa etária de 45 a 49 anos o padrão de mortalidade é semelhante ao anterior com predomínio das doenças circulatórias e neoplásicas. Aids surge em 1994 e em 1996 ocupa o 7.º lugar com coeficiente de mortalidade de 12,0 por 100.000 mulheres.

Em Curitiba, quando se analisou aids como causa isolada de mortalidade, observou-se que esta patologia foi responsável pelo crescimento da mortalidade geral, tanto feminina quanto masculina, no período de 1987 a 1998, na faixa etária de 15 a 49 anos. Para o sexo feminino, o crescimento na mortalidade chegou a 7% nos anos de 1995 e 1996.

Quando se analisa a faixa etária agrupada de 20 a 34 anos, na qual estão 59,1% dos óbitos femininos por aids, observa-se que aids foi responsável por um crescimento importante da mortalidade geral, principalmente de 1993 a 1998, respondendo por 13% a 17% dos óbitos nesta faixa etária. Estes dados são semelhantes aos encontrados para o ano de 1995 e faixa etária de 25-34 anos em São Paulo, onde aids respondeu por 20% dos óbitos, no Rio de Janeiro, 15%, e em todo o Brasil, 10% dos óbitos (LOWNDES et al., 2000).

Quando se analisa a faixa etária agrupada de 20 a 44 anos, na qual estão 92,61% dos óbitos femininos por aids, do município de Curitiba, observa-se que aids foi responsável por um crescimento da mortalidade geral, principalmente de 1993 a 1998, com índices variando de 5% a 9%.

A infecção pelo HIV/aids causou importante impacto na mortalidade de mulheres no município de Curitiba no período de 1987 a 1998, principalmente nas mulheres jovens, solteiras e com baixa escolaridade.

O impacto da infecção pelo HIV/aids é enorme no mundo, seja na África ou na Ásia, na Europa ou nos EUA (CU-UVIN et al., 1996), no Caribe ou no Brasil, no Rio de Janeiro ou em Curitiba.

Os desafios são grandes. Até hoje nenhuma comunidade ou país no mundo conseguiu deter a disseminação do HIV/aids, no Brasil há uma tendência de estabilização (BRASIL, 2001). Pode-se observar uma pandemia composta de

milhares de epidemias menores e complicadas. Mesmo com a divisão do mundo por AGA (MANN, TARANTOLA e NETTER, 1992), cada região apresenta características próprias com o HIV demonstrando sua capacidade de cruzar fronteiras sociais, culturais, econômicas e políticas (CDC, 2001).

A aids é singular, pois afeta principalmente adultos jovens e de meia idade, sendo o seu principal modo de transmissão o sexual. A alta taxa de mortalidade leva a uma perda importante de anos vida e, conseqüentemente, mão-de-obra ativa, e isso leva a sérios problemas sociais (BOERMA, NUNN e WHITWORTH, 1998).

Com a evolução da aids um novo capítulo na história da medicina e na relação médico-paciente está sendo escrito. É importante saber dos hábitos de vida do paciente, abordar sobre morte, sexualidade e abuso de drogas. Isso tudo gera, nos médicos, situações de angústia, impotência e ansiedade. Não se pode apenas prescrever um medicamento, é importante garantir uma adesão ao tratamento dar respostas às demandas do paciente (MALBERGIER e STEMPLIUK, 1997).

Prover todas as pessoas em risco para HIV/aids de conhecimento e assistência médica adequada é claramente uma prioridade em saúde pública e dever de todos.

6 CONCLUSÕES

As principais conclusões deste trabalho são:

- a) a maioria das mulheres tinha entre 20 e 34 anos, era do lar, solteira, com primeiro grau e apresentava uma média de 2 filhos;
- b) a principal categoria de exposição para HIV foi heterossexual com destaque para o UDI e parceiro HIV +;
- c) as principais doenças associadas à aids foram pneumonia não especificada, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, tuberculose e toxoplasmose;
- d) o tempo médio de evolução entre o diagnóstico da aids e o óbito foi de 255 dias e houve aumento da sobrevida com uso de terapia anti-retroviral;
- e) a aids aumentou a mortalidade de mulheres em Curitiba no período de 1987 a 1998, principalmente na faixa etária de 20 a 34 anos, sendo a 2.^a principal causa de óbito em 1995 na faixa etária de 20 a 29 anos.

7 REFERÊNCIAS

ANDERSON, K. H.; MITCHELL, J.M. Differential access in the receipt of antiretroviral drugs for the treatment of aids and its implications for survival. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 160, p. 3114-3120, 2000.

BASTOS, F. I.; BARCELLOS, C. Geografia social da aids no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 52-62, 1995.

BARBACCI, M.; REPKE, J. T.; CHAISSON, R. E. Routine prenatal screening for HIV infection. **The Lancet**, London, p. 709-711, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis\ aids. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 2-9, set./nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis\ aids. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília, v. 9, n. 6, p. 2-3, mar. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis\ aids. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 5-7, mar./maio 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis\ aids. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 5-6, jun./ago. 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis\ aids. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília, v. 11, n. 4, p. 5-8, set./nov. 1998c.

BRASIL. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis\ aids. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 3-9, dez. 1998/fev. 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis\ aids. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 7-15; 34, mar./maio 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis\ aids. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília, v. 12, n. 3, p. 5-25, jun./ago. 1999c.

BRASIL. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis\ aids. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 43-49, dez. 1999/jun. 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis\ aids. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília, v. 13, n. 3, out./dez. 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis\ aids **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília, v. 14, n. 1, jan./mar. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e aids, **Revisão da definição Nacional de casos de aids em indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de vigilância epidemiológica**, Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia In: **Guia de Vigilância Epidemiológica**, Brasília, 1998, Capítulo 3: Sistemas de informações em saúde e vigilância epidemiológica.

BRUN-VEZINET, F.; KATLAMA, C.; ROULOT, D.; LENOBLE, L.; ALIZON, M.; MADJAR, J. J.; REY, M. A.; GIRARD, P. M.; YENI, P.; CLAVEL, F.; GADELLE, S.; HARZIC, M. Lymphadenopathy-associated virus type 2 in AIDS and AIDS-related complex. Clinical and virological features in four patients. **The Lancet**, London, p. 128-132, 1987.

BOERMA, J. T.; NUNN, A. J.; WHITWORTH, J. A. G. Mortality impact of AIDS epidemic evidence from community studies in less developed countries. **AIDS**, Philadelphia, v. 12, p. S3-S14, 1998.

CARPENTER, C. C. J.; MAYER, K. H.; STEIN, M. D.; LEIBMAN, B. D.; FISHER, A.; FIORE, T. C. Human Immunodeficiency Virus infection in North American women: Experience with 200 cases and review of the literature. *Medicine*, Baltimore, v. 70, p. 307-325, 1991.

CARRÉ, N.; DEVEAU, C.; BELANGER, F.; BOUFASSA, F.; PERSOZ, A.; JADAND, C.; ROUZIOUX, C.; DELFRAISSY, J.; BUCQUET, D. Effect of age and exposure group on the onset of AIDS in heterosexual and homosexual HIV-infected patients. **AIDS**, Philadelphia, v. 8, n. 6, p. 797-802, 1994.

CASTILLA, J.; ARAGON, M. V. M.; GUTIÉRREZ, A.; LLÁCER, A.; BELZA, M. J.; RUIZ, C.; LA PAZ, J. P.; NOGUER, I. Impact of human immunodeficiency virus infection on mortality among young men and women in Spain. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 26, p. 1346-1351, 1997.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Kaposi's Sarcoma and *Pneumocystis pneumonia* among homosexual men-New York City and California. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 30, n. 25, p. 305-308, July 1981.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Opportunistic infections and Kaposi's Sarcoma among Haitians in United States. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 31, n. 26, p. 353-361, July 1982a.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Epidemiologic notes and reports *Pneumocystis carinii pneumonia* among persons with hemophilia. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 31, n. 27, p. 365-367, July 1982b.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Current trends Update on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 31, n. 37, p. 507-514, Sept., 1982c.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Epidemiologic notes and reports possible transfusion-associated acquired immune deficiency syndrome (AIDS) -California. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 31, n. 48, p. 652-654, Dec. 1982d.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Mortality attributable to HIV infection/AIDS-United States, 1981-1990. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 40, n. 3, p. 41-44, Jan. 1991a.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. The HIV/AIDS epidemic: The first 10 years. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 40, n. 22, p. 357-369, June 1991b.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for aids among adolescents and adults. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 41, n. 51, p. 961-962, Dec. 1992.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome-United States, 1994. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 44, n. 4, p. 64-67, Feb. 1995a.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. First 500.000 AIDS cases –United States, 1995. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 44, n. 46, p. 849-853, Nov. 1995b.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Update: Mortality attributable to HIV infection among persons aged 25-44 years – United States, 1994. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 45, n. 6, p. 121-125, Feb. 1996a.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Mortality patterns-United States, 1993. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 45, n. 8, p. 161-164, Mar. 1996b.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Update: Trends in aids incidence -United States, 1996. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 46, n. 37, p. 861-867, Sept. 1997.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. The global HIV and aids epidemic, 2001. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 50, n. 21, p. 434-439, June 2001.

CENTER FOR DISEASE CONTROL TASK FORCE ON KAPOSI'S SARCOMA AND OPPORTUNISTIC INFECTIONS Epidemiologic aspects of the current outbreak of Kaposi's Sarcoma and opportunistic infections. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 306, n. 4, p. 248-252, Jan. 1982.

CHAISSON, R.E; KERULY, J. C.; MOORE, R. D. Race, sex, drug use, and progression of human immunodeficiency virus disease. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 333, p. 751-756, 1995.

CHIN, J., Epidemiology. Current and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic in women and children. **The Lancet**, London, v. 336, p. 221-224, July 1990.

CHIN, J.; REMENYI, M. A.; MORRISON, F.; BULATAO, R. The global epidemiology of the HIV/AIDS pandemic and its projected demographic impact in Africa. **World Health Statistics Quarterly**, Geneva, v.45, p.220-227, 1992.

CHU, S. Y.; BUEHLER, J. W.; BERKELMAN, R. L. Impact of the human immunodeficiency virus epidemic on mortality in women of reproductive age, United States. **The Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 264, p. 225-229, 1990.

CHU, S. Y.; BUEHLER, J. W.; LIEB, L.; BECKETT, G.; CONTI, L.; COSTA, S.; DAHAN, B.; DANILA, R.; FORDYCE, E. J.; HIROZAWA, A.; SHIELDS, A.; SINGLETON, J. A.; WOLD, C. Causes of death among persons reported with AIDS. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 83, p.1429-1432, 1993.

CLAVEL, F.; MANSINHO, K.; CHAMARET, S.; GUETARD, D.; FAVIER, V.; NINA, J.; FERREIRA, M. O. S.; CHAMPALIMAUD, J. L.; MONTAGNIER, L. Human Immunodeficiency Virus type 2 infection associated with AIDS in west Africa. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 316, p. 1180-1185, 1987.

CONTI, S.; LEPRI, A. C.; FARCHI, G.; NAPOLI, P. N.; PRATI, S.; REZZA, G. Aids a major health problem among young Italian women. **AIDS**, Philadelphia, v. 10, p. 407-411, 1996.

CU-UVIN, S.; FLANIGAN, T. P.; RICH, J. D.; MILENO, M. D.; MAYER, K. H.; CARPENTER, C. C. J. Human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome among North American women. **The American Journal of Medicine**, Newton, v. 101, p. 316-322, 1996.

DAVIS, K. C.; HORSBURGH, C. R.; HASIBA, U.; SCHOCKET, A. L.; KIRKPATRICK, C. H. Acquired immunodeficiency syndrome in patient with hemophilia. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 98, n. 3, p. 284-286, 1983.

DICLEMENTE, R. J. Epidemiology of aids, HIV prevalence, and HIV incidence among adolescents. **Journal of School Health**, Kent, v. 62, p. 325-330, 1992.

DORRELL, L.; SNOW, M. H.; ONG, E. L. C. Mortality and survival trends in patients with aids in North East England from 1984-1992. **The Journal of Infection**, London, v. 30, p. 23-27, 1995.

DUCH, F. M.; REPELE, C. A.; SPADARO, F.; REIS, M. A.; RODRIGUES, D. B. R.; FERRAZ, M. L. F.; TEIXEIRA, V. P. A. Alterações morfológicas da glândula supra-renal na síndrome da imunodeficiência adquirida. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Rio de Janeiro, v. 31, p. 257-261, Mai-june 1998.

ELLERBROCK, T. V.; BUSH, T. J.; CHAMBERLAND, M. E.; OXTOBY, M. J. Epidemiology of women with AIDS in the United States, 1981 through 1990. **The Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 265, p. 2971-2975, 1991.

FAÚNDES, A.; PARPINELLI, M. A.; CECATTI, J. G. Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 671-679, 2000.

FERREIRA, V. M. B.; PORTELA, M. C. Avaliação da subnotificação de casos de aids no município do Rio de Janeiro com base em dados do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 317-324, 1999.

FRANCIS, D. P.; CURRAN, J. W.; ESSEX, M. Epidemic acquired immune deficiency syndrome: Epidemiologic evidence for a transmissible agent. **Journal of National Cancer Institute**, Bethesda, v. 71, n. 1, p. 1-4, July 1983.

FRIEDLAND, G. H.; SALTZMAN, B.; VILENO, J.; FREEMAN, K.; SCHRAGER, L. K.; KLEIN, R. S. Survival differences in patients with AIDS. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, New York, v. 4, p. 144-153, 1991.

FONSECA, M. G.; BASTOS, F. I.; DERRICO, M.; TRAVASSOS, C.; SZWARCOWALD, C. L. Aids e grau de escolaridade no Brasil evolução temporal de 1986 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, Sup.1, p. 77-87, 2000.

GALLO, R. C.; SALAHUDDIN, S. Z.; POPOVIC, M.; SHEARER, G. M.; KAPLAN, M.; HAYNES, B. F.; PALKER, T. J.; REDFIELD, R.; OLESKE, J.; SAFAI, B.; WITHE, G.; FOSTER, P.; MARKHAM, P. D. Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and risk for AIDS. **Science**, Washington, v. 224, p. 500-503, 1984.

GALLO, R.; MONTAGNIER, L. The chronology of AIDS research. **Nature**, London, v. 326, p. 435-436, 1987.

GOTLIEB, S. L. D.; CASTILHO, E. A.; BUCHALLA, C. M. O impacto da aids na esperança de vida, Brasil, 1996. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 33-38, jul./set. 2000.

GOTTLIEB, M. S.; SCHROFF, R.; SCHANKER, H. M.; WEISMAN, J. D.; FAN, P. T.; WOLF, R. A.; SAXON, A. *Pneumocystis carinii* pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 305, p. 1425-1431, 1981.

GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: A representação cultural da sexualidade feminina e prevenção do HIV/aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio. Mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Abia, 1996. p.89-113.

GUIMARÃES, M. D. C.; CASTILHO, E. A. Aspectos epidemiológicos da AIDS/HIV no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 101-111, abr./jun. 1993.

GUINAN, M. E.; HARDY, A. Epidemiology of AIDS in women in the United States 1981 through 1986. **The Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 257, p. 2039-2042, 1987.

HADDAD, N.; SILVA, M. B. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995 causa básicas de óbito e mortalidade materna. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, p. 64-70, 2000.

HARDY, A. M.; STARCHER, E. T.; MORGAN, W. M.; DRUKER, J.; KRISTAL, A.; DAY, J. M.; KELLY, C.; EWING, E.; CURRAN, J. W. Review of death certificates to assess completeness of aids case reporting. **Public Health Reports**, Boston, v. 102, p. 386-391, 1987.

HEATH, K. V.; FRANK, O.; MONTANER, J. S. G.; O'SHAUGHNESSY, M. V.; SCHECHTER, M. T.; HOGG, R. S. Human immunodeficiency virus (HIV) acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) mortality in industrialized nations, 1987-1991. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 27, p. 685-690, 1997.

HESSOL, N. A.; BUCHBINDER, S. P.; COLBERT, D.; SCHEER, S.; UNDERWOOD, R.; BARNHART, J. L.; O'MALLEY, P. M.; DOLL, L. S.; LIFSON, A. R. Impact of HIV infection on mortality and accuracy of aids reporting on death certificates. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 82, p. 561-563, 1992.

HOGG, R. S.; HEATH, K. V.; STRATHDEE, S. A.; MONTANER, J. S. G.; O'SHAUGHNESSY, M. V., SCHECHTER, M. T. HIV/AIDS mortality in Canada: evidence of gender, regional and local area differentials. **AIDS**, Philadelphia, v. 10, p. 889-894, 1996.

JORDANA, N. M.; MESONES, I. R.; THIÓ, C. B.; GUIX, R. C.; BUQUERAS, J. A. C. Comparacion de las defunciones del registro de casos de sida y las defunciones por sida del registro de mortalidad. Barcelona 1991-1992. **Revista de Sanidad e Higiene Pública**, Madrid, v. 69, p. 49-57, 1995.

KEENLYSIDE, R. A.; JOHNSON, A. M.; MABEY, D. C. W. The epidemiology of HIV-1 infection and aids in women. **AIDS**, Philadelphia, v. 7, p. S83-S90, 1993.

KOIFMAN, R. J.; QUINHÕES, E. P.; MONTEIRO, G. T. R.; RODRIGUES, R.; KOIFMAN, S. Aids em mulheres adultas no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 232-250, 1991.

LAI, D.; TSAI, S. P.; HARDY, R. J. Impact of HIV/AIDS on life expectancy in the United States. **AIDS**, Philadelphia, v. 11, p. 203-207, 1997.

LEMOES, K. R. V.; VALENTE, J. G. A. Declaração de óbito como indicador de sub-registro de casos de aids. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 617-626, 2001.

LEMP, G. F.; HIROZAWA, A. M.; COHEN, J. B.; DERISH, P. A.; McKINNEY, K. C.; HERNANDEZ, S. R. Survival for women and men with aids. **The Journal of Infection Disease**, Chicago, v. 166, n. 1, p. 74-79, 1992.

LEPRI, A. C.; PEZZOTTI, P.; DORRUCCI, M.; PHILLIPS, A. N.; REZZA, G. HIV disease progression in 854 women and men infected through injecting drug use and heterosexual sex and followed for up to nine years from seroconversion. **British Medical Journal**, London, v. 309, p. 1537-1542, Dec. 1994.

LEVI, G. Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 31, p. 173-187, 1985.

LICEA, J.A. I.; GARCIA, M. V.; PÉREZ, H. J. S.; CHIRIBOGA, C. R. La mortalidad por el SIDA en México de 1983 a 1992. Tendencias y años perdidos de vida potencial. **Salud Pública de México**, Cidade do Mexico, v. 37, p. 140-148, 1995.

LOWNDES, C. M.; BASTOS, F. I.; GIFFIN, K. M.; REIS, A. C. G. V.; D'ORSI, E.; ALARY, M. Differential trends in mortality from aids in men and women in Brazil (1984-1995). **AIDS**, Philadelphia, v. 14, p. 1269-1273, 2000.

LUCAS, S. B.; HOUNNOU, A.; PEACOCK, C.; BEAUMEL, A.; DJOMAND, G.; N'GBICHI, J. M.; YEBOUE, K.; HONDÉ, M.; DIOMANDE, M.; GIORDANO, C.; DOORLY, R.; BRATTEGAARD, K.; KESTENS, L.; SMITHWICK, R.; KADIO, A.; EZANI, N.; YAPI, A.; DE COCK, K. M. The mortality and pathology of HIV infection in a West African city. **AIDS**, Philadelphia, v. 7, p. 1569-1579, 1993.

MALBERGIER, A.; STEPLIUK, V.A. Os médicos diante do paciente com aids: atitudes, preconceitos e dificuldades. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 46, p. 265-273, 1997.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. Pandemia do HIV estágios e tendências In PARKER, R.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. (Org.). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Abia, 1992. p.13-107.

MANSUR, H.; MICHELIS, M. A.; GREENE, J. B.; ONORATO, I.; STOUWE, R. A. V.; HOLZMAN, R. S.; WORMSER, G.; BRETTMAN, L.; LANGE, M.; MURRAY, H. W.; RUNDLES, S. C. An outbreak of community-acquired *Pneumocystis carinii* pneumonia. Initial manifestation of cellular immune dysfunction. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 305, p. 1431-1438, 1981.

MARIOTTO, A. B.; MARIOTTI, S.; PEZZOTTI, P.; REZZA, G.; VERDECCHIA, A. Estimation of acquired immunodeficiency syndrome incubation period in intravenous drug users: a comparison with homosexuals. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 135, p. 428-437, 1992.

MELNICK, S. L.; SHERER, R.; LOUIS, T. A.; HILLMAN, D.; RODRIGUEZ, E. M.; LACKMAN, C.; CAPPS, L.; BROWN, L. S.; CARLYN, M.; KORVICK, J. A.; DEYTON, L. Survival and disease progression according to gender of patients with HIV Infection. **The Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 272, p. 1915-1921, 1994.

MOCROFT, A.; VELLA, S.; BENFIELD, T. L.; CHIESI, A.; MILLER, V.; GARGALIANOS, P.; MONFORTE, A. D.; YUST, I.; BRUUN, J. N.; PHILLIPS, A. N.; LUNDGREN, J. D. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. **The Lancet**, London, v. 352, p. 1725-1730, Nov. 1998.

MONTAGNIER, L.; BARRÉ SINOUSI, F.; CHERMANN, J. C.; REY, F.; NUGEYRE, M. T.; CHAMARET, S.; GRUEST, J.; DAUGET, C.; AXLER-BLIN, C.; BRUN VÉZINET, F.; ROUZIOUX, C.; ROZENBAUM, W.; Isolation of a T-Lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). **Science**, Washington, v. 220, p. 868-871, 1983.

MONTELLA, N.; BORREL, C.; BRUGAL, M. T.; PLASÉNCIA, A. Evolución de la mortalidad em los jóvenes de la ciudad de Barcelona:1983-1993. **Medicina Clinica (Barcelona)**, Barcelona, v. 108, p. 214-247, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito**. 9.^a revisão. 1975 São Paulo: Centro colaborador da OMS para classificação de doenças em português, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10.^a revisão. São Paulo: Centro colaborador da OMS para classificação de doenças em português, 1995.

PADIAN, N. S.; SHIBOSKI, S. C.; GLASS, S. O.; VITTINGHOFF, E. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in Northern California: Results from a ten-year study. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 146, p. 350-357, 1997.

PALELLA, F. J.; DELANEY, K. M.; MOORMAN, A. C.; LOVELESS, M. O.; FUHRER, J.; SATTEN, G. A.; ASCHMAN, D. J.; HOLMBERG, S. D. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 338, n. 13, p. 853-860, 1998.

PICTET, G.; COUER, S. L.; M'PELÉ, P.; BROUARD, N.; LALLEMANT, M. Contribution of AIDS to the mortality in Central Africa: evidence from a morgue-based study in Brazzaville, Congo. **AIDS**, Philadelphia, v. 12, p. 2217-2223, 1998.

PITCHENIK, A. E.; FISCHL, M. A.; DICKINSON, G. M.; BECKER, D. M.; FOURNIER, A. M.; O'CONNELL, M. T.; COLTON, R. M.; SPIRA, T. J. Opportunistic infections and Kaposi's Sarcoma among Haitians: Evidence of a new acquired immunodeficiency state. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 98, n. 3, p. 277-284, 1983.

RIO-ZOLEZZI, A. D.; LIGUORI, A. L.; MAGIS-RODRIGUEZ, C.; VALDESPINO-GOMEZ, J. L.; GARCIA-GARCIA, M. L.; SEPULVEDA-AMOR, J. La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México. **Salud Pública de México**, Mexico, v. 37, n. 6, p. 581-591, nov. 1995.

ROSENBERG, P. S.; GOEDERT, J. J.; BIGGAR, R. J. Effect of age at seroconversion on the natural AIDS incubation distribution. **AIDS**, Philadelphia, v. 8, p. 803-810, 1994.

ROTHEMBERG, R.; WOELFEL, M.; STONEBURNER, R.; MILBERG, J.; PARKER, R.; TRUMAN, B. Survival with the acquired immunodeficiency syndrome, experience with 5833 cases in New York City. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 317, p. 1297-1302, 1987.

SANTORO-LOPES, G.; HARRISON, L. H.; MOULTON, L. H.; LIMA, L. A. A.; PINHO, A. M. F.; HOFER, C.; SCHECHTER, M. Gender and survival after AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology**, New York, v. 19, p. 403-407, Dec. 1998.

SANTOS, N. J. S. A aids entre mulheres no estado de São Paulo. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio. Mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Abia, 1996. p.33-59.

SANTOS, N. J. S.; MUNHOZ, R. A aids entre as mulheres: reflexões sobre seus depoimentos. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio. Mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Abia, 1996. p.116-135.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, **Boletim Epidemiológico**, São Paulo, v. 15, n. 1, mar. 1997.

SATO, P. A.; CHIN, J.; MANN, J. M. Review of aids and HIV infection: Global epidemiology and statistics. **AIDS**, Philadelphia, v. 3, p. 301-307, 1989.

SELIK, R. M.; CHU, S. Y.; BUEHLER, J. W. HIV infection as leading cause of death among young adults in US cities and states. **The Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 269, p. 2991-2994, 1993.

SZWARCWALD, C. L.; BASTOS, F. I.; ESTEVES, M. A. P.; ANDRADE, C. L. T. A disseminação da epidemia de aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, sup. 1, p. 7-19, 2000.

SZWARCWALD, C. L.; ANDRADE, C. L. T.; CASTILHO, E. A. Estimativa do número de órfãos decorrentes da aids materna, Brasil, 1987-1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, sup. 1, p. 129-134, 2000.

SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, sup. 1, p. 135-141, 2000.

VERONESI, R.; FERREIRA, M. O.; MAZZA, C. C.; FOCCACIA, R.; FELDMAN, C. Presença do HIV-1 e HIV-2 no Brasil. Perspectivas epidemiológicas. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 46, p. 127-130, 1989.

WEBER, A. E.; HOGG, R. S. Morbidity and mortality related to human immunodeficiency virus in Canadian men and women, 1987-1994. **Canadian Journal of Public Health**, Ottawa, v. 90, p. 127-132, 1999.

WENIGER, B. G.; QUINHÕES, E. P.; SERENO, A. B.; PEREZ, M. A. de; KREBS, J. W.; ISMAEL, C.; SION, F. S.; RAMOS FILHO, C. F.; SÁ, C. A. M. de; BYERS, R. H.; RAYFIELD, M. A.; RODRIGUES, L. G. M.; ZACARIAS, F.; HEYWARD, W. L. A simplified surveillance case definition of aids derived from empirical clinical data. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology**, New York, v. 5, p. 1212-1223, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global AIDS surveillance. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, v. 73, n. 26, p. 193-197, 1998a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global AIDS surveillance – Part I. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, v. 73, n. 48, p. 373-376, 1998b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global AIDS surveillance – Part II. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, v. 73, n. 49, p. 381-384, 1998c.

WORTLEY, P.M.; FLEMING, P. L. AIDS in women in the United States, recent trends. **The Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 278, p. 911-916, 1997.

ZHU, T.; KOEBER, B. T.; NAHMIAS, A. J.; HOOPER, E.; SHARP, P. M.; HO, D. D. An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of epidemic. **Nature**, London, v. 391, p. 594-597, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS INVESTIGADAS, SEGUNDO O CID

DOENÇA	CID - 9	CID - 10
Aids	279.1	B 20 - B 24
Anemia	283	D 63
Candidíase	112	B 37
Citomegalovirose	078.5	B 25
Criptococose	117.5	B 45
Desnutrição	262	E 46
Diarréia crônica	555	K 52
Herpes zooster	053.9	B 02
Histoplasmose	115	B 39
Isosporíase	07.	A 07.3
Linfoma SNC	202	C 71.1
Micoses oportunista	118	B 48.7
Pneumocistose	136.3	B 59
Pneumonia bilateral	485	J 15 - J 16
Sarcoma de Kaposi	173.9	C 46
Sepsis	038.	A 41
Toxoplasmose	130	B 58
Tuberculose	010-018	A 15 - A 19
Virose do SNC	323	A 86

APÊNDICE 2
DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DAS MULHERES COM
ÓBITO, POR AIDS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DAS MULHERES COM ÓBITO, POR AÍDS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

continua

N.º REGISTRO	N.º DO	N.º FIE	NOME	IDADE	DATA NASCIMENTO	DIAGNOST. HIV	DATA ÓBITO	EVOLUÇÃO HIV	DIAGNOST. AÍDS	EVOLUÇÃO AÍDS	LOCAL ÓBITO	HOSPITAL	ESTADO CIVIL	ESCO- LARIDADE	Ocupação	CATEGORIA EXPOSIÇÃO	CATEGORIA PARCEIRO	CAUSA MORTE	N.º FILHOS	FILHOS HIV+
1	1335	437	i k	46	09/11/48	02/07/90	10/01/95	1628	02/07/90	1628	2		3	3	4	1	3.4	9		
2	4292	362	e o s	25	04/04/68	01/11/92	14/05/93	193	01/11/92	193	1	3	1	2	1	1.5	4.6	3		
3	9295	352	f t r	36	11/10/53	15/09/92	04/10/93	379	10/12/86	2454	1	2	1	2	5	6	6	7		
4	6788	390	j c p	29	07/06/64	15/03/92	13/06/93	448	09/12/91	544	1	2	1	2	3	1.4	3.4	9		
5	3482	524	j s b	26	15/10/66	14/10/92	05/05/93	201	14/10/92	201	1	2	2	2	2	1	4	4	1	
6	3697	472	l s l	37	04/10/54	01/03/93	26/03/93	25	26/06/92	270	1	2	2	2	2	3.5	7	1		
7	2803	433	e m s	37	22/10/57	20/04/93	11/02/94	291	20/04/93	291	1	2	1	2	2	4	6	3		
8	6787	516	a m	36	27/08/57	05/03/93	27/06/93	112	05/03/93	112	1	1	1	2	1	5	3	2	5	
9	9291	530	s a o	29	01/08/64	15/09/93	06/10/93	21	15/09/93	21	1	1	1	2	1	1	4	1		
10	4277	507	e l	25	01/10/67	12/04/93	13/04/93	1	10/12/92	123	1	7	4	2	6	6	7	1		
11	3698	441	e f c	33	19/01/60	15/03/93	24/03/93	9	15/03/93	9	1	2	3	3	3	4	4	9		
12	3750	519	n l l p	34	14/08/58	01/04/93	19/04/93	18	17/03/93	32	1	2	3	2	1	1	7	9	1	
13	4261	320298	c r p	34	28/04/59	29/06/93	29/06/93	0	29/06/93	0	1	2	1	2	1	1.5	7	3		
14	4278	477	n k s	26	14/08/66	15/01/93	09/04/93	84	15/01/93	84	1	1	1	5	1	5	4	10	2	1
15	52061	422	z p	34	03/09/58	13/01/93	22/01/93	9	13/01/93	9	1	1	2	2	1	1.5	7	10		
16	8197	476	n m k	34	10/09/59	24/02/93	31/10/93	247	28/10/91	723	1	2	4	2	1	1	7	3	3	
17	48931	380	c r m	24	07/03/68	04/09/92	10/12/93	456	04/09/92	456	1	3	5	3	1	5	4.6	2	2	1
18	1151459	1035	s p	25	28/02/70	30/04/95	09/06/95	39	30/04/93	759	1	1	1	3	1	5	5	2		
19	8490	3613	n o l	41	15/08/52	15/01/93	13/09/93	238	15/06/90	1168	1	1	2	2	1	5	7	10		
20	2918		r l s	26	23/03/67	05/11/91	19/02/93	464	05/11/91	464	1	2	1	2	7	1.5	7	1		
21	51848	460	m m p	33	02/11/60	25/03/93	26/12/93	271	25/02/93	301	1	2	4	2	3	3.4	5	9		
22	6518		i d	32	11/04/61	15/09/91	01/08/93	676	15/09/91	676	1	2	1	2	7	1.5	7	4		
23	1975307	1656	a p m	48	20/08/47	16/01/96	27/01/96	11	16/01/96	11	1	1	2	2	5	6	7	2		
24	1334	594	a r t	36	31/07/58	18/11/93	11/02/95	443	18/11/93	443	2		1	2	5	6	7	1		
25	9376	353	r m	31	15/01/61	26/06/92	24/11/92	148	26/06/92	148	1	2	2	2	1	1	7	3	4	
26	4172	414	m t b	39	07/08/55	21/01/93	23/04/94	452	21/08/92	602	2		3	2	1	4	4	9	4	
27	4311	1393	j s c	40	18/03/53	28/04/92	24/09/92	146	09/12/91	285	1	1	2	2	7	5	6	1		
28	3858	326	m j s	30	22/08/61	08/06/92	10/06/92	2	08/06/92	2	1	2	1	2	2	1.5	7	9		
29	5017		r r r s	26	05/06/65	15/10/91	07/04/92	172	15/10/91	172	1	2	1	2	7	1.5	7	9		
30	5291	387	j f p	29	25/10/63	01/08/92	16/08/92	15	23/08/90	713	1	2	1	2	1	1.5	6	6		
31	9460	224	s m w	29	25/05/63	03/10/91	31/07/92	298	03/04/91	478	1	2	2	2	1	4	4	9		
32	42505	218	i s f	37	20/07/55	10/06/91	25/12/92	555	15/04/90	970	2		2	3	1	3.4	7	1	2	1
33	6284	3	j m l	39	15/05/53	22/09/88	09/10/92	1457	22/09/88	1457	2		3	3	1	4	4.6	1		
34	3481	285	c p t	34	16/09/59	21/02/92	01/06/93	460	18/07/90	1033	1	3	4	2	2	1	4	6	1	
35		2642	e c p a	34	01/01/64	16/12/93	23/07/98	1657	14/04/97	459	4	6	3	1	5	4	7	9	7	
36	6535	435	l k s	27	27/11/65	14/07/92	03/03/93	229	16/09/91	527	1	1	4	2	1	4	3.4	10		
37	3707	485	l t b s	24	07/02/70	11/05/93	17/12/94	576	11/05/93	576	1	2	1	3	3	1	3	6		
38	7820	343	s n m	39	12/09/55	21/02/92	17/11/94	986	21/02/92	986	1	2	2	3	5	3	7	9		
39	7804	590	c t	28	07/02/66	24/09/93	10/07/94	286	24/09/93	286	2		2	2	5	5	1.6	2		
40	3157	629	r g p	26	25/09/67	15/01/94	27/02/94	42	26/09/93	151	1	2	1	5	1	6	7	9		
41	2792	610	d g s	19	23/08/74	12/11/93	03/02/94	81	12/11/93	81	1	1	1	2	1	6	7	2		
42	6905	567	e r m	32	25/01/62	05/08/93	14/05/94	279	05/08/93	279	1	2	2	2	2	1	7	1	2	
43	3156	568	m v s	32	19/04/61	05/07/93	23/02/94	228	04/09/92	529	1	2	2	2	1	1.4	3	1	2	
44	6903	627	s b s	27	31/12/66	24/02/94	26/06/94	122	24/02/94	122	2		1	3	3	5	3.6	6		

Local do óbito:

1. Hospitalar

2. Domiciliar

3. Outro

4. Ignorado

Hospitais:

1. Clínicas UFPR

2. Osvaldo Cruz

3. H Trabalhador

4. H Cajuru

5. H Evangélico

6. H N S Graças

7. Outros

Estado Civil:

1. Solteira

2. Casada

3. Viúva

4. Separada

5. Outros

6. Ignorado

Escolaridade:

1. Nenhuma

2. 1.º Grau

3. 2.º Grau

4. Superior

5. Ignorado

Ocupação:

1. Do Lar

2. Serviços Gerais

3. Comércio

4. Outras

5. Prestador de Serviços

6. Indústria

7. Trabalhadora do Sexo

Categoria de Exposição:

1. UDI

2. Hemofilia

3. Transfusão

4. Parceiro Único

5. Parceiro Múltiplo

6. Ignorado

Categoria do Parceiro:

1. Bissexual

2. Hemofilia

3. UDI

4. HIV +

5. Transfundido

6. Parceiro Múltiplo

7. Ignorado

Causa Morte:

1. Pneumonia

2. Criptococose

3. Tuberculose

4. Toxoplasmose

5. Sepsis

6. P Carini

7. Skaposi

8. Desnutrição

9. SIDA

10. Outros

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DAS MULHERES COM ÓBITO, POR AIDS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

continua

N.º REGISTRO	N.º DO	N.º FIE	NOME	IDADE	DATA NASCIMENTO	DIAGNOST. HIV	DATA ÓBITO	EVOLUÇÃO HIV	DIAGNOST. AIDS	EVOLUÇÃO AIDS	LOCAL ÓBITO	HOSPITAL	ESTADO CIVIL	ESCO- LARIDADE	Ocupação	CATEGORIA EXPOSIÇÃO	CATEGORIA PARCEIRO	CAUSA MORTE	N.º FILHOS	FILHOS HIV+
45	230701	705	s r c	30	24/03/64	08/05/94	16/05/94	8	08/05/94	8	1	1	2	2	1	6	7	6		
46	7293	703	s a c n	27	16/06/66	20/04/94	02/06/94	42	20/04/94	42	1	3	1	2	1	1	6	3	2	
47	7823	558	m g c	42	20/08/52	12/07/93	16/10/94	454	06/02/90	1690	2		1	2	3	4	1.4	9	3	
48	7805	579	c g	23	12/10/70	15/11/93	15/07/94	240	04/08/93	341	1	2	1	2	3	6	7	9		
49	3691	459	w k	34	07/04/59	15/11/92	01/03/94	466	15/11/92	466	1	2	2	3	1	4	7	10		
50	4171	614	v k	31	16/08/62	15/06/93	02/04/94	287	15/06/93	287	1	2	1	3	3	5	7	6		
51	6930	668	m a l p	30	01/10/63	20/05/94	25/05/94	5	20/05/94	5	1	1	1	2	1	1.5	6	1		
52	230726	658	s r p	31	18/12/62	20/07/92	25/08/94	755	20/07/92	755	1	1	1	4	3	6	3	6		
53	4193	718	m r s	27	16/11/66	15/04/94	20/05/94	35	15/04/94	35	1	3	1	3	1	4	6	9		
54	7299	712	m a g	29	01/07/64	14/05/94	20/05/94	6	14/05/94	6	1	6	2	2	1	4	4	1		
55	7824	744	m l s	39	17/08/55	15/06/94	26/10/94	131	15/06/94	131	1	2	3	2	1	4	3	1		
56	3706	701	j l c	33	05/12/60	15/03/94	16/03/94	1	15/03/94	1	1	1	1	1	1	1	7	1		
57	7825	704	i m r d	40	24/07/54	29/09/94	04/11/94	35	29/09/94	35	2		1	2	1	4	4	6	6	
58	1321	930	s a a	23	13/02/71	03/02/95	09/02/95	6	03/02/95	6	1	3	2	3	3	4	7	1		
59	233640	1127	l c m h	25	16/03/70	15/04/94	28/06/95	433	15/04/94	433	1	2	1	4	4	6	7	9	1	
60	233662	1071	l g	41	30/05/54	26/04/95	01/09/95	125	26/04/95	125	1	2	4	2	2	4	4	4	3	
61	1152915	1105	e t	35	12/09/59	01/06/95	10/06/95	9	01/06/95	9	1	5	3	5	1	1	7	2		
62	1177176	382	s c b	35	31/03/60	12/08/92	01/07/95	1039	12/08/92	1039	1	3	1	3	3	4	1.4	9		
63	233633	773	m h k	25	31/01/70	17/10/94	18/06/95	241	15/06/89	2163	1	2	2	2	1	1	7	1	1	
64	1967	1058	j c	27	15/05/68	26/04/95	04/12/95	218	26/04/95	218	1	2	1	2	6	5	1.3.6	10	1	
65	1167904	1136	v r	21	08/10/73	25/06/95	07/10/95	102	25/06/95	102	1	2	1	2	1	4	4.6	1		
66	1975579	1493	d a l	38	18/09/57	19/05/95	24/11/95	185	19/05/95	185	1	1	1	2	2	6	6	10		
67	1975500	1335	g n	38	12/04/57	23/11/95	11/12/95	18	23/11/95	18	1	1	4	2	1	6	7	6		
68	233599	602	m p f	33	24/07/61	23/11/93	07/03/95	464	23/11/93	464	1	2	3	2	1	4	3.4.6	9	2	
69	1169873	1216	m c f	31	15/04/64	17/05/95	17/07/95	60	15/04/91	1532	2		3	3	3	4	1.4	9	2	
70	233635	876	s a t	29	21/01/66	15/12/94	20/06/95	185	15/12/94	185	1	2	2	2	3	5	4	9	3	1
71	1177985	n c f		38	10/06/57	06/07/95	09/12/95	153	06/07/95	153	1	3	1	4	3	3	7	6		
72	1329	684	n f m v n	27	28/12/67	06/06/94	16/03/95	280	20/11/91	1196	1	3	2	2	1	1.5	3.4	10		
73	1174974	605	s n b	21	06/01/74	19/11/93	23/06/95	574	15/01/92	1238	1	6	1	3	3	4	4	2		
74	1150811	690	a v	41	04/03/54	21/06/94	19/05/95	328	16/01/89	2283	1	6	3	4	1	4	4.6	4		
75	233568	689	m g	45	22/09/49	21/05/94	14/05/95	353	14/10/88	2370	1	2	3	2	5	5	6	1		
76	1169825	723	m g p	36	15/07/59	23/08/94	04/09/95	371	03/08/92	1111	2		3	2	2	1	7	4	4	
77	233551	371	m f p	27	06/12/67	31/08/92	18/01/95	858	31/08/92	858	1	2	1	3	5	5	6	6		
78	233629	1065	m a c	36	30/05/57	01/05/95	17/06/95	46	13/08/92	1024	1	2	4	2	2	5	7	1		
79	233555	512	j f a a	30	04/02/64	30/04/93	22/01/95	622	30/04/93	622	1	2	4	3	1	1.5	1.3.6	9		
80	1177980	1414	m s m r	38	19/02/57	06/12/95	06/12/95	0	15/05/84	4161	1	3	1	4	4	5	7	6		
81	1177192	1048	r c d	33	08/01/62	15/01/95	05/07/95	170	15/01/95	170	1	3	4	3	3	6	7	10		
82	1167986	1545	m s p	21	30/01/75	22/03/96	13/05/96	51	22/03/96	51	1	2	1	3	1	6	7	9		
83	1995078	1701	e c f	34	08/12/61	26/01/96	20/11/96	294	26/01/96	294	1	2	3	5	1	1	7	10	3	
84	1995023	1145	j r f	37	01/02/59	10/04/94	24/08/96	854	10/02/92	1634	1	2	2	2	2	1.4	4	3	2	
85	1976494	1752	m l r	24	04/10/71	17/07/96	10/08/96	23	17/07/96	23	1	4	1	5	2	4	7	9		
86	1995087	721	m p a	36	08/05/60	15/07/94	07/12/96	862	19/03/92	1698	1	2	5	2	1	4	4.6	3	3	1
87	2369817	1442	m l m	37	27/11/59	15/12/95	24/12/96	369	15/12/95	369	1	1	1	3	3	6	6	3	1	
88	2001071	1266	i l p	35	06/11/60	24/11/95	28/08/96	274	24/11/95	274	1	1	2	5	5	3	7	5		

Local do óbito:

Hospitais:

Estado Civil:

Escolaridade:

Ocupação:

Categoria de Exposição:

Categoria do Parceiro:

Causa Morte:

1. Hospitalar

1. Clínicas UFPR

1. Solteira

1. Nenhuma

1. Do Lar

1. UDI

1. Bissexual

1. Pneumonia

2. Domiciliar

2. Osvaldo Cruz

2. Casada

2. 1.º Grau

2. Serviços Gerais

2. Hemofilia

2. Hemofilia

2. Criptococose

3. Outro

3. H Trabalhador

3. Viúva

3. 2.º Grau

3. Comércio

3. Transfusão

3. UDI

3. Tuberculose

4. Ignorado

4. H Cajuru

4. Separada

4. Superior

4. Outras

4. Parceiro Único

4. HIV +

4. Toxoplasmose

5. Ignorado

5. H Evangélico

5. Outros

5. Ignorado

5. Prestador de Serviços

5. Parceiro Múltiplo

5. Transfundo

5. Sepsis

6. H N S Graças

6. Ignorado

6. Indústria

6. Parceiro Múltiplo

6. Ignorado

6. P Carini

7. Outros

7. Outros

7. Ignorado

7. Trabalhadora do Sexo

7. Ignorado

7. Skaposi

8. Desnutrição

9. SIDA

10. Outros

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DAS MULHERES COM ÓBITO, POR AIDS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

continua

N.º REGISTRO	N.º DO	N.º FIE	NOME	IDADE	DATA NASCIMENTO	DIAGNOST. HIV	DATA ÓBITO	EVOLUÇÃO HIV	DIAGNOST. AIDS	EVOLUÇÃO AIDS	LOCAL ÓBITO	HOSPITAL	ESTADO CIVIL	ESCO- LARIDADE	Ocupação	CATEGORIA EXPOSIÇÃO	CATEGORIA PARCEIRO	CAUSA MORTE	N.º FILHOS	FILHOS HIV+
89	1995056	1096	j p a	39	21/12/56	01/06/94	08/10/96	847	01/06/94	847	1	2	1	2	1	5	5	4		
90	1999244	511	p e o	21	17/11/74	01/05/93	20/07/96	1159	01/05/92	1519	1	1	1	3	1	5	3.4	1	1	
91	1995032	663	r c m	35	16/01/61	03/04/94	20/08/96	857	28/09/92	1402	1	2	1	2	3	1.5	6	4		
92	1177997	1412	s g d	39	12/12/56	19/09/95	11/01/96	112	19/09/95	112	1	3	1	2	2	4	6	2	6	
93	2368279	1716	m f c	19	25/04/77	03/04/95	09/10/96	546	03/04/95	546	1	3	3	2	1	1.4	4	4	1	
94	1969558		v f s m	25	12/10/70	18/10/95	19/06/96	241	18/10/95	241	1	3	1	4	4	1.5	3.6	10		
95	1999236	1103	v t	24	25/05/71	10/06/95	21/05/96	341	10/06/95	341	1	1	5	2	2	4	3	9	1	
96	1139577	926	i n d	42	24/12/53	15/02/95	15/03/96	390	13/04/91	1772	1	1	3	2	1	4	3	9		
97	1975328	1081	a a b	35	21/09/60	15/04/95	11/01/96	266	01/09/94	490	1	1	2	2	1	4	3	1		
98	1969513	1261	a g g	42	30/08/53	16/08/95	23/03/96	217	16/08/95	217	1	3	4	2	7	5	6	4	2	
99	1167947	946	c p	30	11/10/65	16/11/94	12/01/96	416	16/11/94	416	1	2	1	2	2	5	3	3		
100	1167981	1480	d s c	42	19/03/54	15/09/95	27/03/96	192	15/09/95	192	1	2	4	5	1	5	7	1		
101	2370561		h m s	23	19/07/73	15/11/91	25/10/96	1780	15/11/91	1780	2		3	2	1	4	4	1		
102	2368727	1203	j d c	29	18/05/67	04/09/96	04/09/96	0	04/09/96	0	1	3	1	2	1	6	7	1		
103	1995015		r s	24	16/02/72	01/02/95	27/07/96	536	01/02/95	536	1	2	3	2	1	4	3	1		
104	1167992	1021	r g	35	03/11/60	14/04/95	04/02/96	290	14/09/93	860	1	2	3	2	1	4	1.4	9		
105	2370424	1599	r f f	39	24/06/57	26/06/96	15/12/96	169	10/04/95	605	1	2	2	4	1	1	7	9		
106	6854069	1839	i f r	40	28/04/57	17/11/96	13/05/97	176	17/11/96	176	2		4	5	1	3.4	7	6		
107	2370481	2227	a s r	44	02/09/52	19/05/97	22/05/97	3	19/05/94	1083	1	2	6	2	2	3	7	10		
108	2370508	2117	e a a	31	03/06/66	16/06/97	02/09/97	76	16/06/97	76	1	2	1	1	1	1.5	7	4		
109	4862408	2408	k s m	29	01/10/68	15/10/97	14/12/97	59	15/10/97	59	1	2	1	2	1	4	4	9		
110	4858883	1811	r g	43	21/06/54	22/10/96	03/10/97	341	22/10/96	341	1	1	4	5	5	6	7	5	3	
111	4862394	2017	s s	31	23/07/66	10/03/97	16/11/97	246	05/10/96	401	1	2	2	2	2	1.5	6	9		
112	2370480	1986	m w s	27	10/10/69	09/03/97	12/05/97	63	26/12/95	496	1	2	1	2	1	5	4.6	8		
113	2372381	1619	s p o	32	07/08/64	14/06/96	04/01/97	200	14/06/96	200	1	1	1	3	4	5	4.6	6		
114	4855305	228552	d o n	28	18/04/69	20/11/96	09/10/97	319	20/11/96	319	1	3	1	2	3	1.5	3.6	8		
115	4862407	805	i m f	34	14/02/63	22/10/93	14/12/97	1492	22/10/93	1492	1	2	3	3	4	1	3.4	9		
116	2370439	1802	i g	32	14/09/64	10/12/96	09/01/97	29	10/12/96	29	1	2	2	2	2	6	7	4		
117	4855333	2538	i t	24	11/03/73	12/07/97	07/12/97	145	12/07/97	145	1	3	1	5	2	6	7	5	1	
118	4858949		l l	44	20/09/53	06/11/97	10/11/97	4	06/11/97	4	1	1	3	3	3	6	7	5		
119	2368854	1627	m a s	37	21/11/59	19/08/96	24/03/97	215	19/08/96	215	1	3	3	2	2	4	4	6		
120	1969570	1553	d s f	22	30/04/74	09/02/96	05/01/97	326	09/02/96	326	1	3	5	2	3	5	3.4.6	9		
121	2368846		e r f l	30	05/07/66	13/02/96	05/03/97	382	13/02/96	382	1	3	1	2	3	1	7	5		
122	2370398	2263	r m o g	36	21/04/61	27/08/97	30/09/97	33	19/10/95	701	1	2	1	2	1	4	4	10		
123	2368861	1937	s r g	21	05/08/75	16/01/97	07/04/97	81	16/01/97	81	1	3	1	3	1	4	1.4.6	10		
124	2370473	1371	s a c r m f	32	10/06/64	15/10/95	29/04/97	554	15/10/95	554	1	2	4	2	1	6	3	10		
125	2370452	1410	a c m m v s	25	23/04/71	15/07/94	22/02/97	937	15/07/94	937	1	2	2	2	3	4	3	10		
126	5405508	1783	a r	24	10/12/73	15/08/96	09/08/98	714	15/08/96	714	2		1	5	1	1.5	3.4.6	3	2	1
127	4862425	1168	m l g t m	31	16/09/66	22/08/95	14/02/98	892	01/01/93	1843	1	2	2	2	1	4	4.6	8	3	1
128	4854971	1979	v l s	32	08/09/65	18/08/95	05/01/98	857	18/08/93	1577	1	1	1	5	5	6	1.4.6	4	1	
129	5237185	2038	p l	23	23/06/74	03/12/96	28/03/98	475	03/12/96	475	1	1	1	2	1	5	7	1		
130	5219282	675	j m a f	43	20/03/54	30/04/94	12/02/98	1362	30/04/91	2442	1	1	3	2	5	4	4	5		
131	5391479	3282	a r m	42	06/01/56	25/08/98	10/10/98	45	25/08/98	45	1	1	1	2	2	3.5	1	10		
132	4862470	2901	e a	29	17/08/68	08/12/97	03/06/98	175	08/12/97	175	1	2	3	2	1	4	4.6	4	1	

Local do óbito:

Hospitais:

Estado Civil:

Escolaridade:

Ocupação:

Categoria de Exposição:

Categoria do Parceiro:

Causa Morte:

1. Hospitalar

1. Clínicas UFPR

1. Solteira

1. Nenhuma

1. Do Lar

1. UDI

1. Bissexual

1. Pneumonia

2. Domiciliar

2. Osvaldo Cruz

2. Casada

2. 1.º Grau

2. Serviços Gerais

2. Hemofilia

2. Hemofilia

2. Criptococose

3. Outro

3. H Trabalhador

3. Viúva

3. 2.º Grau

3. Comércio

3. Transfusão

3. UDI

3. Tuberculose

4. Ignorado

4. H Cajuru

4. Separada

4. Superior

4. Outras

4. Parceiro Único

4. HIV +

4. Toxoplasmose

5. H Evangélico

5. Outros

5. Ignorado

5. Prestador de Serviços

5. Parceiro Múltiplo

5. Transfundido

5. Sepsis

6. H N S Graças

6. Ignorado

6. Indústria

6. Parceiro Múltiplo

6. P Carini

7. Outros

7. Outros

7. Trabalhadora do Sexo

7. Ignorado

7. Skaposi

8. Desnutrição

9. SIDA

10. Outros

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DAS MULHERES COM ÓBITO, POR AIDS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

continua

N.º REGISTRO	N.º DO	N.º FIE	NOME	IDADE	DATA NASCIMENTO	DIAGNOST. HIV	DATA ÓBITO	EVOLUÇÃO HIV	DIAGNOST. AIDS	EVOLUÇÃO AIDS	LOCAL ÓBITO	HOSPITAL	ESTADO CIVIL	ESCO- LARIDADE	OCUPAÇÃO	CATEGORIA EXPOSIÇÃO	CATEGORIA PARCEIRO	CAUSA MORTE	N.º FILHOS	FILHOS HIV+
133	5393011	528305	e n s	37	01/09/60	29/01/98	11/07/98	162	29/01/98	162	1	1	1	5	2	4	4	6		
134	5418602	3128	e m b p	28	10/02/70	13/02/98	16/12/98	303	13/02/98	303	1	1	2	2	1	4	3.4	9		
135	5193145	3324	c a s	27	10/10/71	30/08/98	17/10/98	47	30/08/98	47	1	2	1	2	1	1.5	7	10		
136	5402513	3545	d r t	29	29/04/69	12/12/98	19/12/98	7	12/12/98	7	1	7	2	3	1	4	4	10		
137	5409492	2437	r l s	24	11/12/73	22/11/97	14/01/98	52	22/11/97	52	1	7	5	2	3	4	1	10		
138	5405806	2076	m i a a	29	28/08/69	10/03/97	30/09/98	560	10/03/97	560	1	3	2	2	1	1.5	7	1		
139	6864893	2681	c r	29	15/11/68	20/05/98	16/06/98	26	20/05/98	26	1	3	1	2	1	1	3	3		
140	6902	715	n p	30	17/04/64	15/04/94	14/05/94	29	15/04/94	29	1	2	2	2	1	4	7	2	1	
141	233656	1095	d f g	41	10/08/54	29/05/95	22/08/95	83	29/05/95	83	1	2	2	3	3	6	7	10	2	
142	1969555	1569	a g d	35	26/01/61	18/06/96	19/06/96	1	18/06/96	1	1	3	1	5	2	4	7	3	0	
143	2372161	1827	a s b	36	25/10/60	01/12/96	18/01/97	47	01/12/96	47	1	1	2	2	1	5	7	6		
144	2372076	1876	r m	41	04/10/55	20/01/97	01/02/97	11	20/01/97	11	1	2	2	3	1	6	7	9		
145	7924	1943	l f	43	12/07/50	24/03/93	28/01/94	304	24/03/93	304	1	2	1	2	1	6	6	3		
146	1139573	1471	r l j	18	18/05/77	15/06/95	04/03/96	259	15/06/95	259	1	1	1	5	3	6	7	1		
147	1139828	950	m j o c	30	30/01/64	06/01/95	07/01/95	1	06/01/95	1	1	1	2	2	1	1.5	7	10	1	
148	6854086	2569	i f l	39	20/11/58	23/03/98	10/04/98	17	23/03/98	17	1	1	2	2	1	4	6	6	2	
149	1175380	1297	i t s	23	22/12/71	30/05/95	31/10/95	150	30/05/95	150	1	1	1	2	2	4	7	6	0	
150	230704	615	v l s g	40	21/09/53	19/11/93	05/06/94	196	19/11/93	196	1	1	1	2	2	6	7	3		
151	9290	618	i w	31	26/04/62	07/10/93	10/10/93	3	07/10/93	3	1	1	1	2	1	1.5	6	10		
152	2370415	2285	l m	22	12/08/75	20/09/97	30/10/97	40	20/09/97	40	1	2	1	2	1	1	3	1		
153	2370420	2295	m j a	39	25/12/57	04/11/96	07/11/97	363	04/11/96	363	1	2	3	2	2	4	4	9	2	
154	2370429	1595	m r c n	33	09/03/63	31/05/96	18/12/96	198	31/05/96	198	1	2	4	2	1	1.5	7	3		
155	1995040		m c v s	36	01/08/60	12/02/96	26/09/96	224	12/02/96	224	1	2	1	3	1	5	4	9		
156	233620	992	p s f	33	18/08/61	27/01/95	12/02/95	15	27/01/95	15	1	2	1	2	2	6	7	9		
157	1167971	1461	m n j s	20	25/03/75	27/02/96	03/03/96	6	27/02/96	6	1	2	1	1	7	5	6	9	2	
158	1167955	1505	j r s	45	03/08/51	22/03/96	27/04/96	35	22/03/96	35	1	2	2	2	5	6	7	4	2	
159	2802	644	t f	44	07/02/49	18/12/93	04/01/94	16	18/12/93	16	1	2	1	3	5	4	3.4	6		
160	9301	457357	m l s	29	27/11/63	16/11/93	26/11/93	10	16/11/93	10	2		1	3	1	6	7	1		
161	1139833	948	l v o	32	21/11/62	13/01/95	13/01/95	0	13/01/95	0	1	1	1	2	1	1.5	6	5		
162	233636	1380	a f s	31	24/04/64	17/06/95	21/06/95	4	17/06/95	4	1	2	5	2	1	4	4.6	6		
163	4855323	1034	r a g p	30	18/02/67	09/05/95	13/11/97	904	09/05/95	904	1	3	2	2	3	4	3.4.6	5		
164	3151	802	v c	40	09/02/53	15/08/93	17/01/94	152	15/08/93	152	1	7	2	2	2	6	7	3		
165	6858875	2224	e c v	23	22/03/74	14/08/97	18/08/97	4	04/10/95	674	1	5	1	2	3	6	7	2		
166	23073	46	d s o	42	21/01/45	22/04/87	09/06/87	47	22/04/87	47	1	2	2	3	5	3	7	9		
167	24747	39	d f c	25	14/05/63	20/01/88	13/08/88	203	20/01/88	203	1	2	5	5	3	4	7	3		
168	28894	10	t m n	37	12/11/51	16/01/89	22/01/89	6	16/01/89	6	1	1	2	5	1	3	7	2		
169	2256	94	s r b f	24	03/09/64	21/08/89	24/08/89	3	21/08/89	3	1	4	1	2	7	5	6	9		
170	10223	137	m i l	44	02/07/46	21/09/90	08/10/90	17	21/09/90	17	1	1	1	2	7	5	6	1		
171	2368285		s o f	26	10/11/69	19/10/96	23/10/96	4	19/10/96	4	1	3	1	2	4	6	7	6		
172	6864852		t f s g	38	16/12/59	29/03/98	29/03/98	0	29/03/98	0	1	3	4	2	5	6	7	9		
173	4855344	2344	n o o	43	13/01/54	25/08/97	19/12/97	114	25/08/97	114	1	3	2	5	3	1	4	4		
174	2368868		c s s	29	18/04/68	30/01/97	10/05/97	100	30/01/97	100	1	3	1	5	1	1.5	7	5		
175	1177958	1432	m j f	22	14/07/73	07/09/95	07/11/95	60	07/09/95	60	1	3	1	2	1	6	7	2		
176	1969535	1257	m s l	38	30/01/58	24/10/95	09/05/96	195	24/10/95	195	1	3	3	2	1	4	4.6	3		

Local do óbito:

1. Hospitalar

2. Domiciliar

3. Outro

4. Ignorado

Hospitais:

1. Clínicas UFPR

2. Osvaldo Cruz

3. H Trabalhador

4. H Cajuru

5. H Evangélico

6. H N S Graças

7. Outros

Estado Civil:

1. Solteira

2. Casada

3. Viúva

4. Separada

5. Outros

6. Ignorado

Escolaridade:

1. Nenhuma

2. 1.º Grau

3. 2.º Grau

4. Superior

5. Ignorado

Ocupação:

1. Do Lar

2. Serviços Gerais

3. Comércio

4. Outras

5. Prestador de Serviços

6. Indústria

7. Trabalhadora do Sexo

Categoria de Exposição:

1. UDI

2. Hemofilia

3. Transfusão

4. Parceiro Único

5. Parceiro Múltiplo

6. Ignorado

Categoria do Parceiro:

1. Bissexual

2. Hemofilia

3. UDI

4. HIV +

5. Transfundido

6. Parceiro Múltiplo

7. Ignorado

Causa Morte:

1. Pneumonia

2. Criptococose

3. Tuberculose

4. Toxoplasmose

5. Sepsis

6. P Carini

7. Skaposi

8. Desnutrição

9. SIDA

10. Outros

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DAS MULHERES COM ÓBITO, POR AIDS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1987-1998

conclusão

N.º REGISTRO	N.º DO	N.º FIE	NOME	IDADE	DATA NASCIMENTO	DIAGNOST. HIV	DATA ÓBITO	EVOLUÇÃO HIV	DIAGNOST. AIDS	EVOLUÇÃO AIDS	LOCAL ÓBITO	HOSPITAL	ESTADO CIVIL	ESCO- LARIDADE	Ocupação	CATEGORIA EXPOSIÇÃO	CATEGORIA PARCEIRO	CAUSA MORTE	N.º FILHOS	FILHOS HIV+
177	1177195	979	r c m g	40	12/06/55	15/07/84	29/08/95	404	15/07/84	404	1	3	2	1	5	6	7	10		
178	5402365	3417	z j r	22	06/05/76	30/06/98	30/06/98	0	30/06/98	0	1	7	1	5	1	6	7	1		
179	1967655	1498	f s d	36	09/10/59	28/03/96	16/04/96	18	28/03/96	18	1	4	1	5	2	1	7	10		
180	6859968	2247	v e s	16	09/01/81	26/08/97	13/09/97	17	26/08/97	17	1	5	1	1	1	6	7	5		
181	2371647	1893	e p a	34	17/10/62	27/12/96	07/01/97	10	27/12/96	10	1	5	4	5	1	6	7	1		
182	1967092	1908	d m n o	32	09/02/64	16/02/96	17/02/96	1	16/02/96	1	1	7	3	4	3	6	7	6		
183	1138934	1237	c s h	41	17/11/53	01/06/95	06/06/95	5	01/06/95	5	1	7	1	4	3	4	4	6		
184	5304	298	c i s	28	28/01/64	08/04/92	10/08/92	122	08/04/92	122	1	6	3	4	4	6	7	6		
185	1992548	1587	a m	25	14/07/70	16/02/96	27/05/96	101	16/02/96	101	1	7	1	5	3	4	4	10		
186	4859612	2502	l m d t	43	23/10/54	13/02/98	09/03/98	26	13/02/98	26	1	7	1	4	5	6	7	2		
187	5392632	3016	a a m	33	06/10/64	05/05/98	05/05/98	0	05/05/98	0	1	7	6	5	1	6	7	1		
188	1152698	1945	r c m m	31	23/10/64	20/02/95	22/02/95	362	20/02/95	362	1	7	2	5	5	3	7	10		
189	49762	617	m l s l	28	18/05/64	25/12/92	26/12/92	1	25/12/92	1	1	1	1	2	1	1	7	3		
190	2372148	1824	r c o	26	14/12/70	20/01/97	28/01/97	8	15/06/96	223	1	1	5	2	1	3,4	4	10		
191	6904	667	t j r m	47	22/11/46	10/06/94	17/07/94	37	10/06/94	37	1	2	2	3	1	5	6	4		
192	21174	82	g t v	27	22/02/62	14/12/89	18/12/89	4	14/12/89	4	1	1	1	5	7	5	6	4		
193	4673	245	m p s	42	04/05/49	15/08/91	31/10/91	76	28/04/87	1623	1	2	1	2	1	1	4	9	3	
194	23785	167	a r s	29	01/06/61	25/03/91	05/05/91	40	25/03/91	40	1	2	2	5	1	1	7	10		
195	153022	1040	m l s	37	25/04/58	25/04/95	26/04/95	1	25/04/95	1	1	7	1	3	2	6	6	10		
196	1139793	989	d s b	34	21/04/60	03/02/95	04/02/95	1	03/02/95	1	1	1	1	5	1	6	7	4		
197	8997	26	a c n m	27	24/05/61	05/08/88	06/08/88	1	05/08/88	1	1	7	2	5	4	4	1,4	10		
198		150	m l s	25	12/12/64	15/07/90	16/07/90	1	15/07/90	1	1	7	6	5	2	6	7	5		
199		65	p w	18	05/09/72	12/03/90	16/03/90	4	12/03/90	4	1	2	1	3	3	5	4,6	9		
200		254	v l f	20	29/05/72	15/01/92	26/08/92	221	15/01/92	221	1	2	1	2	1	4	3	4		
201		1051	s m k	22	27/08/72	10/04/95	30/04/95	20	10/04/95	20	4		6	5	6	6	7	11		
202		1758	m m	40	01/01/56	15/12/96	16/12/96	1	15/12/96	1	4		6	5	4	6	7	11		
203		24	r f m	23	27/05/66	12/02/88	30/12/89	678	12/02/88	678	4		1	5	4	1,5	6	11		
204		239	r c	41	15/08/50	08/08/90	11/02/92	543	08/08/90	543	1	2	4	2	5	6	7	4		
205		114	z a m	39	03/07/52	17/09/90	29/04/92	582	17/09/90	582	4		4	2	7	1,5	6	11	3	
206		473	z a m	30	17/02/61	07/09/91	07/09/91	0	07/09/91	0	4	6	5	2	6	6	4	11		
207	1969001	1428	t j f	43	11/10/52	15/02/96	21/04/96	66	15/02/96	66	1	5	1	3	4	6	7	5		
208		228	k a s	28	14/09/63	14/09/91	17/09/91	3	14/09/91	3	4		2	3	3	6	7	9		
209		728	j g s	44	14/09/49	15/06/94	21/07/94	36	15/06/94	36	4		6	3	1	3	7	9		
210	5393686	3192	s a	48	16/03/50	03/06/98	18/06/98	15	03/06/98	15	1	5	1	2	1	6	7	10		
211	4862101	2495	m m c	22	10/12/74	28/08/97	30/08/97	2	28/08/97	2	1	4	6	5	1	6	7	2		
212		2461	i k	32	30/09/65	23/12/97	29/12/97	6	23/12/97	6	1	5	6	5	1	4	1,6	2		
213	2002097	1734	o b t	47	24/02/49	10/08/96	13/08/96	3	10/08/96	3	1	3	1	2	2	1,5	7	10		
214	1976739	2394	r l r	47	15/12/49	15/02/95	13/11/97	988	09/06/97	154	2		1	2	4	6	7	9	1	
215		3306	g f s	29	19/07/69	10/09/98	09/10/98	29	10/09/98	29	4		1	3	3	4	4	9		
216	54177929	2721	d f g s	32	22/05/66	16/03/98	15/11/98	239	16/03/98	239	1	3	1	2	1	5	3	5		
217	52055		c s p	24	28/07/69	17/06/92	18/09/93	451	17/06/92	451	3	iml	6	2	5	1,4	3,4	10		
218	2370422	191	a i c	46	01/05/50	25/01/91	14/12/96	2119	11/08/92	1563	1	2	3	2	2	5	6	9	3	

Local do óbito:	1. Hospitalar	2. Domiciliar	3. Outro	4. Ignorado		
Hospitais:	1. Clínicas UFPR	2. Osvaldo Cruz	3. H Trabalhador	4. H Cajuru	5. H Evangélico	6. H N S Graças
Estado Civil:	1. Solteira	2. Casada	3. Viúva	4. Separada	5. Outros	6. Ignorado
Escolaridade:	1. Nenhuma	2. 1.º Grau	3. 2.º Grau	4. Superior	5. Ignorado	
Ocupação:	1. Do Lar	2. Serviços Gerais	3. Comércio	4. Outras	5. Prestador de Serviços	6. Indústria
Categoria de Exposição:	1. UDI	2. Hemofilia	3. Transfusão	4. Parceiro Único	5. Parceiro Múltiplo	6. Ignorado
Categoria do Parceiro:	1. Bissexual	2. Hemofilia	3. UDI	4. HIV +	5. Transfundido	6. Parceiro Múltiplo
Causa Morte:	1. Pneumonia	2. Criptococose	3. Tuberculose	4. Toxoplasmose	5. Sepsis	6. P Carini
					7. Skaposi	8. Desnutrição
						9. SIDA
						10. Outros

APÊNDICE 3 - FICHA DE REGISTRO DE CASO

FICHA DE REGISTRO DE CASO		NR:
DADOS GERAIS 1. N.º DO (Declaração de Óbito): _____ 2. N.º FIE (Ficha de Notificação Epidemiológica): _____ 3. N.º Prontuário: _____		
IDENTIFICAÇÃO 4. Nome: _____ Nome da Mãe: _____ 5. Idade: _____ 6. D. Nasc.: ____/____/____ 7. D. Diagnóstico: ____/____/____ 8. D. Óbito: ____/____/____ 9. Natural: _____		
LOCAL DO ÓBITO: () 1. Hospital 1.1 - Nome do Hospital: _____ 2. Domicílio 3. Outro 4. Ignorado		
ESTADO CIVIL: () 1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Separado 5. Outros 6. Ignorado		
ESCOLARIDADE: () 1. Nenhum 2. 1.º Grau 3. 2.º Grau 4. Superior 5 - Ignorado		
OCUPAÇÃO: _____		
CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Usuário de Drogas Endovenosas <input type="checkbox"/> Transfusão de Sangue <input type="checkbox"/> Parceiro Único </div> <div> <input type="checkbox"/> Hemofílico Data Transfusão ____/____/____ Local: _____ <input type="checkbox"/> Múltiplos Parceiros </div> </div>		
CATEGORIA DO PARCEIRO <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> HIV+ </div> <div> <input type="checkbox"/> Hemofílico <input type="checkbox"/> Transfundido </div> <div> <input type="checkbox"/> Usuário de Drogas EV <input type="checkbox"/> Múltiplos Parceiros </div> </div>		
CAUSA DA MORTE: _____ _____		
DOENÇAS ASSOCIADAS: _____ _____ _____		
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: Número de filhos: _____ Filhos HIV +: _____ Terapia: _____ mono: _____ dupla: _____ Inibidor de protease: _____ Tempo: _____ Nome do Médico: _____ Telefone: _____		

APÊNDICE 4 - TOTAL DE INVESTIGAÇÕES DE ÓBITO FEMININO

ANO DO ÓBITO	N.º DE ÓBITOS	N.º DO REVISADAS	N.º HIV	HIV DESCARTADOS
1987	485	21	1	0
1988	581	48	2	0
1989	498	24	4	0
1990	521	29	3	0
1991	570	41	4	0
1992	545	33	13	0
1993	629	43	27	6
1994	580	49	33	5
1995	600	50	42	6
1996	601	54	43	4
1997	637	63	38	6
1998	654	41	23	2
TOTAL	6901	496	233	29

APÊNDICE 5 - TOTAL DE PRONTUÁRIOS REVISADOS

NOME DO SERVIÇO	N.º PRONTUÁRIOS REVISADOS
Hospital de Clínicas UFPR	117
Cre-Barão	125
Hospital Osvaldo Cruz	84
Hospital do Trabalhador	53
Hospital Cajuru	4
Hospital São Vicente	2
Hospital Evangélico	7
Hospital Nossa Senhora das Graças	4
Hospital das Nações	1
Hospital Santa Cruz	1
Hospital Erasmo de Rotterdam	1
TOTAL	399

APÊNDICE 6 - PRINCIPAIS GRUPOS DO CID 9

GRUPO	DOENÇA	NÚMERO
I	Doenças infecciosas e parasitárias	001-139
II	Neoplasmas	140-239
III	Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e metabolismo e transtornos imunitários	240-279
IV	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	280-289
V	Transtornos mentais	290-319
VI	Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	320-389
VII	Doenças do aparelho circulatório	390-459
VIII	Doenças do aparelho respiratório	460-519
IX	Doenças do aparelho digestivo	520-579
X	Doenças do aparelho gênito-urinário	580-629
XI	Complicações da gravidez, do parto e do puerpério	630-676
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	680-709
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	710-739
XIV	Anomalias congênitas	740-759
XV	Algumas afecções originadas no período perinatal	760-779
XVI	Sintomas, sinais e afecções mal definidas	780-799
XVII	Lesões e envenenamentos	800-999

APÊNDICE 7 - PRINCIPAIS CAPÍTULOS DO CID 10

CAPÍTULO	DOENÇA	NÚMERO
1	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A 00-B 99
2	Neoplasias	C 00-D 48
3	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	D 50-D 89
4	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E 00-E 90
5	Transtornos mentais e comportamentais	F 00-F 99
6	Doenças do sistema nervoso	G 00-G 99
7	Doenças dos olhos e anexos	H 00-H 59
8	Doenças do ouvido e apófise mastóide	H 60-H 95
9	Doenças do aparelho circulatório	I 00-I 99
10	Doenças do aparelho respiratório	J 00-J 99
11	Doenças do aparelho digestivo	K 00-K 93
12	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L 00-L 99
13	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M 00-M 99
14	Doenças do aparelho genito-urinário	N 00-N 99
15	Gravidez parto e puerpério	O 00-O 99
16	Algumas afecções originárias no período perinatal	P 00-P 96
17	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q 00-Q 99
18	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	R 00-R 99
19	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	S 00-T 98
20	Causas externas de morbidade e mortalidade	V 01-Y 98

APÊNDICE 8 - POPULAÇÃO DE CURITIBA POR FAIXA ETÁRIA E SEXO DE 1987 A 1998

ANO	15 A 19 ANOS		20 A 24 ANOS		25 A 29 ANOS		30 A 34 ANOS		35 A 39 ANOS		40 A 44 ANOS		45 A 49 ANOS		15 A 49 ANOS	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
1987	59.442	63.881	59.940	65.196	55.584	60.700	46.096	52.610	38.192	43.589	32.124	35.936	25.608	28.646	316.986	350.558
1988	59.845	64.315	60.666	65.985	56.974	62.219	47.792	54.547	39.986	45.637	33.345	37.302	26.366	29.495	324.974	359.500
1989	60.250	64.750	61.399	66.782	58.395	63.771	49.547	56.549	41.860	47.775	34.609	38.716	27.146	30.366	333.206	368.709
1990	60.658	65.188	62.140	67.589	59.852	65.361	51.365	58.625	43.820	50.014	35.922	40.183	27.948	31.263	341.705	378.223
1991	61.138	65.705	63.019	68.545	61.602	67.272	53.578	61.150	46.232	52.765	37.520	41.971	28.916	32.347	352.005	389.755
1992	63.819	68.585	64.713	70.388	62.472	68.222	55.587	63.443	48.203	55.016	39.942	44.016	28.916	32.347	363.652	402.017
1993	65.927	70.850	66.042	71.833	63.187	69.004	57.181	65.262	49.760	56.793	41.881	46.850	32.522	36.381	376.500	416.973
1994	68.125	73.213	67.423	73.335	63.964	69.852	58.856	67.173	51.389	58.651	43.936	49.148	34.215	38.274	387.908	429.646
1995	70.419	75.678	68.860	74.898	64.804	70.769	60.618	69.184	53.094	60.597	46.111	51.582	36.005	40.277	399.911	442.985
1996	73.213	76.001	71.221	74.430	66.454	70.199	62.411	69.864	54.148	61.940	47.028	53.786	37.181	41.670	411.656	447.890
1997	73.935	79.344	71.672	77.947	67.244	73.132	63.416	72.462	55.656	63.594	48.927	54.633	38.268	42.731	419.118	463.843
1998	75.585	81.114	73.271	79.687	68.745	74.764	64.832	74.079	56.898	65.014	50.019	55.853	39.122	43.685	428.472	474.196

FONTE: IBGE/IPPUC/SMS/CDS 1997

ANEXOS

ANEXO 1 - MODELO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO

ANEXO 2 - FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO AIDS ADULTO